

107-2 若年性特発性関節炎
(関節型若年性特発性関節炎)

■ 患者情報

保険情報	保険者番号		被保険者記号	
	被保険者番号		被保険者 個人単位枝番	
	資格取得 年月日	西暦 年 月 日	*以降、数字は 右詰めで記入	
氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
以前の登録氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
住所	郵便番号	-		
	都道府県			
	市区町村			
	丁目番地等			
生年月日	西暦 年 月 日			
性別	☐ 男性 ☐ 女性			
出生地	都道府県			
	市区町村			

■ 基本情報

家族歴	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明		
	発症者続柄		
	☐ 1. 父 ☐ 2. 母 ☐ 3. 子 ☐ 4. 同胞（男性）		
	☐ 5. 同胞（女性） ☐ 6. 祖父（父方） ☐ 7. 祖母（父方）		
	☐ 8. 祖父（母方） ☐ 9. 祖母（母方） ☐ 10. いとこ ☐ 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入		
続柄			
発症時期	西暦 年 月		
社会保障			
介護認定	☐ 1. 要介護 ☐ 2. 要支援 ☐ 3. なし		
要介護度	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5		
生活状況			
移動の程度	☐ 1. 歩き回るのに問題はない ☐ 2. いくらか問題がある ☐ 3. 寝たきりである		
身の回りの管理	☐ 1. 洗面や着替えに問題はない ☐ 2. いくらか問題がある ☐ 3. 自分でできない		
ふだんの活動	☐ 1. 問題はない ☐ 2. いくらか問題がある ☐ 3. 行うことができない		
痛み／不快感	☐ 1. ない ☐ 2. 中程度ある ☐ 3. ひどい		
不安／ふさぎ込み	☐ 1. 問題はない ☐ 2. 中程度 ☐ 3. ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる		
手帳取得状況			
身体障害者手帳	☐ 1. なし ☐ 2. あり（等級 ☐ 1 級 ☐ 2 級 ☐ 3 級 ☐ 4 級 ☐ 5 級 ☐ 6 級）		
療育手帳	☐ 1. なし ☐ 2. あり		
精神障害者 保健福祉手帳 （障害者手帳）	☐ 1. なし ☐ 2. あり（等級 ☐ 1 級 ☐ 2 級 ☐ 3 級）		
人工呼吸器等装着者認定基準に該当			
☐ 1. する ☐ 2. しない ☐ 3. 不明			

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

- ☐ Definite (持続型少関節炎) : Aの1)および2)a と、Bの1)および3)を満たし、Cの鑑別すべき疾患を除外したもの
- ☐ Definite (進展型少関節炎) : Aの1)および2)b と、Bの1)および3)を満たし、Cの鑑別すべき疾患を除外したもの
- ☐ Definite (リウマトイド因子陰性多関節炎) : Aの1)および2)c と、Bの1)および3)を満たし、Cの鑑別すべき疾患を除外したもの
- ☐ Definite (リウマトイド因子陽性多関節炎) : Aの1)および2)c と、Bの2)および3)を満たし、Cの鑑別すべき疾患を除外したもの
- ☐ Probable : それぞれのDefinite の基準において、Bの3)を満たさないもの
- ☐ いずれにも該当しない

A. 症状

1) 16歳の誕生日以前に発症した6週間以上持続する慢性の関節炎	☐ 1. 該当	☐ 2. 非該当	☐ 3. 不明
2) 以下のいずれかの症候を伴う	☐ 1. 該当	☐ 2. 非該当	☐ 3. 不明
☐ a. 発症6か月以内の炎症関節が1~4か所に限局し、全経過を通して4か所以下の関節炎 ☐ b. 発症6か月以内の炎症関節が1~4か所に限局し、発症6か月以降に5か所以上に関節炎がみられる ☐ c. 発症6か月以内の炎症関節が5か所以上に及ぶ関節炎			

B. 検査所見

1) リウマトイド因子が陰性である	☐ 1. 該当	☐ 2. 非該当	☐ 3. 不明
2) 3か月以上の期間において少なくとも2回以上リウマトイド因子が陽性である	☐ 1. 該当	☐ 2. 非該当	☐ 3. 不明
3) 少なくとも1つ以上の画像所見で関節炎を反映した所見または関節破壊像を認める	☐ 1. 該当	☐ 2. 非該当	☐ 3. 不明
画像検査			
検査の種類	☐ 1. 単純X線 ☐ 2. CT ☐ 3. MRI ☐ 4. 関節超音波 ☐ 5. その他 *5を選択の場合、以下に記入		
	その他の検査		

所見	☐ 1. 滑液貯留 ☐ 2. 滑膜肥厚 ☐ 3. 骨髄浮腫		
	☐ 4. 血流増加 ☐ 5. 関節破壊 *5 を選択の場合、以下に記入		
	関節破壊像	☐ a. 関節裂隙狭小化 ☐ b. 関節強直 ☐ c. 関節亜脱臼/脱臼 ☐ d. 骨びらん	

C. 鑑別診断

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。 除外できた疾病には ☒ を記入する。	☐ 1. 全て除外可 ☐ 2. 除外不可 ☐ 3. 不明
☐ 関節リウマチ ☐ 乾癬性関節炎 ☐ 付着部炎関連関節炎 ☐ 他のリウマチ性疾患 ☐ 血管炎症候群 ☐ 感染症 ☐ 炎症性腸疾患 ☐ 悪性疾患 ☐ キャッスルマン病 ☐ 自己炎症性疾患	

■ 重症度分類に関する事項

関節型若年性特発性関節炎の重症度判定

寛解基準を満たさず、下記のいずれかを満たすものを対象とする	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当
☐ 1. 若年性関節炎の活動性評価指数（Juvenile Arthritis Disease Activity Score-27）を用いて 中等度以上（2.1 以上）の疾患活動性を認めるもの ☐ 2. modified Rankin Scale（mRS）の評価スケールで3 以上	

寛解基準 *小数点も1文字として記入し、以降の数値ボックスについては全て同様に記載する

医師が寛解と判断し、治療中に以下のすべての状態が直近の6 か月以上連続するもの		☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当
☐ 1. 活動性関節炎がない ☐ 2. 活動性ぶどう膜炎がない ☐ 3. 赤沈値正常* または CRP<0.3mg/dL *正常値：[50 歳未満] 男性≤15mm/h 女性≤20mm/h、[50 歳以上] 男性≤20mm/h 女性≤30mm/h ☐ 4. 朝のこわばりが15 分以下		
血液検査		
赤沈	mm/hr	☐ 1. あり ☐ 2. なし
	赤沈値の亢進	
CRP	mg/dL	☐ 1. あり ☐ 2. なし
	CRP 上昇	



活動性評価指数 (Juvenile Arthritis Disease Activity Score (JADAS)-27)

1. 評価者による全般評価 (VAS) (0-10cm)	cm
2. 患者による全般評価 (VAS) (0-10cm)	cm
3. 活動性関節炎数 (0-27)	*JADAS-27 関節図の 27 関節(■)の腫脹のある関節。 腫脹がない場合は痛みによる可動域制限がある関節
4. 標準化赤沈値 (0-10) * 20mm/h 未満=0、120mm/h 以上=10	
合計 (1~4 の数値の総和)	

疾患活動性の基準

国際小児リウマチ専門委員会による国際基準 (JADAS-27) による評価	1. 低疾患活動性 (JADAS-27 1.1~2.0) 2. 中疾患活動性 (JADAS-27 2.1~4.2) 3. 高疾患活動性 (JADAS-27 4.2 以上)
---------------------------------------	--

機能障害評価指数 (modified Rankin Scale (mRS))

0. まったく症候がない

1. 症候はあっても明らかな障害はない (日常の勤めや活動は行える)

2. 軽度の障害
(発症以前の活動がすべて行えるわけではないが、自分の身の回りのことは介助なしに行える)

3. 中等度の障害 (何らかの介助を必要とするが、歩行は介助なしに行える)

4. 中等度から重度の障害 (歩行や身体的要求には介助が必要である)

5. 重度の障害 (寝たきり、失禁状態、常に介護と見守りを必要とする)

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など *500 文字以内



■ その他の事項

検査所見（新規）

血液検査（直近 6 か月間の最重症時の状態）			
MMP-3	ng/mL		
	MMP-3 値の上昇	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
抗核抗体	☐ 1. 陽性 ☐ 2. 陰性	倍	
HLA-B27	☐ 1. 陽性 ☐ 2. 陰性		

治療その他

薬物療法（使用経験のある薬剤）			
NSAID	投与状況	☐ 1. 未実施 ☐ 2. 継続 ☐ 3. 中止	
	効果	☐ 1. 著効 ☐ 2. 有効 ☐ 3. 無効 ☐ 4. 悪化	
ステロイド	投与状況	☐ 1. 未実施 ☐ 2. 継続 ☐ 3. 中止	
	効果	☐ 1. 著効 ☐ 2. 有効 ☐ 3. 無効 ☐ 4. 悪化	
メトトレキサート	投与状況	☐ 1. 未実施 ☐ 2. 継続 ☐ 3. 中止	
	効果	☐ 1. 著効 ☐ 2. 有効 ☐ 3. 無効 ☐ 4. 悪化	
シクロスポリン	投与状況	☐ 1. 未実施 ☐ 2. 継続 ☐ 3. 中止	
	効果	☐ 1. 著効 ☐ 2. 有効 ☐ 3. 無効 ☐ 4. 悪化	
タクロリムス	投与状況	☐ 1. 未実施 ☐ 2. 継続 ☐ 3. 中止	
	効果	☐ 1. 著効 ☐ 2. 有効 ☐ 3. 無効 ☐ 4. 悪化	
サラゾスルファピリジン	投与状況	☐ 1. 未実施 ☐ 2. 継続 ☐ 3. 中止	
	効果	☐ 1. 著効 ☐ 2. 有効 ☐ 3. 無効 ☐ 4. 悪化	
イグラチモド	投与状況	☐ 1. 未実施 ☐ 2. 継続 ☐ 3. 中止	
	効果	☐ 1. 著効 ☐ 2. 有効 ☐ 3. 無効 ☐ 4. 悪化	
エタネルセプト	投与状況	☐ 1. 未実施 ☐ 2. 継続 ☐ 3. 中止	
	効果	☐ 1. 著効 ☐ 2. 有効 ☐ 3. 無効 ☐ 4. 悪化	

アダリムマブ	投与状況	☐ 1. 未実施 ☐ 2. 継続 ☐ 3. 中止
	効果	☐ 1. 著効 ☐ 2. 有効 ☐ 3. 無効 ☐ 4. 悪化
トシリズマブ	投与状況	☐ 1. 未実施 ☐ 2. 継続 ☐ 3. 中止
	効果	☐ 1. 著効 ☐ 2. 有効 ☐ 3. 無効 ☐ 4. 悪化
インフリキシマブ	投与状況	☐ 1. 未実施 ☐ 2. 継続 ☐ 3. 中止
	効果	☐ 1. 著効 ☐ 2. 有効 ☐ 3. 無効 ☐ 4. 悪化
ゴリムマブ	投与状況	☐ 1. 未実施 ☐ 2. 継続 ☐ 3. 中止
	効果	☐ 1. 著効 ☐ 2. 有効 ☐ 3. 無効 ☐ 4. 悪化
セルトリツマブペゴル	投与状況	☐ 1. 未実施 ☐ 2. 継続 ☐ 3. 中止
	効果	☐ 1. 著効 ☐ 2. 有効 ☐ 3. 無効 ☐ 4. 悪化
アバタセプト	投与状況	☐ 1. 未実施 ☐ 2. 継続 ☐ 3. 中止
	効果	☐ 1. 著効 ☐ 2. 有効 ☐ 3. 無効 ☐ 4. 悪化
トファシチニブ	投与状況	☐ 1. 未実施 ☐ 2. 継続 ☐ 3. 中止
	効果	☐ 1. 著効 ☐ 2. 有効 ☐ 3. 無効 ☐ 4. 悪化
バリシチニブ	投与状況	☐ 1. 未実施 ☐ 2. 継続 ☐ 3. 中止
	効果	☐ 1. 著効 ☐ 2. 有効 ☐ 3. 無効 ☐ 4. 悪化

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

使用の有無	☐ 1. あり		
開始時期	西暦 年 月		
離脱の見込み	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
種類	☐ 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器 ☐ 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器		
施行状況	☐ 1. 間欠的施行 ☐ 2. 夜間に継続的に施行 ☐ 3. 一日中施行 ☐ 4. 現在は未施行		
生活状況	食事	☐ 自立	☐ 部分介助 ☐ 全介助
	車椅子とベッド間の移動	☐ 自立 ☐ 軽度介助 ☐ 部分介助 ☐ 全介助	
	整容	☐ 自立	☐ 部分介助/不可能
	トイレ動作	☐ 自立	☐ 部分介助 ☐ 全介助
	入浴	☐ 自立	☐ 部分介助/不可能
	歩行	☐ 自立 ☐ 軽度介助 ☐ 部分介助 ☐ 全介助	
	階段昇降	☐ 自立	☐ 部分介助 ☐ 不能
	着替え	☐ 自立	☐ 部分介助 ☐ 全介助
	排便コントロール	☐ 自立	☐ 部分介助 ☐ 全介助
	排尿コントロール	☐ 自立	☐ 部分介助 ☐ 全介助

医療機関名												
指定医番号												
医療機関所在地												
電話番号											*ハイフンを除き、左詰めで記入	
医師の氏名												
記載年月日	西暦					年			月			日
診断年月日	西暦					年			月			日

- ・病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、診断基準上に特段の規定がない場合には、いずれの時期のものを用いても差し支えありません。（ただし、当該疾病の経過を示す臨床症状等であって、確認可能なものに限りです。）
- ・治療開始後における重症度分類については、適切な医学的管理の下で治療が行われている状態で、直近6か月間で最も悪い状態を記載してください。
- ・診断基準、重症度分類については、
「指定難病に係る診断基準及び重症度分類等について」（平成26年11月12日健発1112第1号健康局長通知）を参照の上、ご記入ください。
- ・診断年月日欄には、本臨床調査個人票に記載された内容を診断した日を記載してください。
- ・審査のため、検査結果等について別途提出をお願いすることがあります。

■ 行政記載欄

担当自治体												
受理日	西暦					年			月			日
公費負担者番号												
認定結果	☐ 認定 ☐ 不認定											
研究同意の有無	☐ 有 ☐ 無											
受給者番号												
有効期限	西暦					年			月			日
階層区分	☐ 生活保護 ☐ 低所得Ⅰ ☐ 低所得Ⅱ ☐ 一般所得Ⅰ ☐ 一般所得Ⅱ ☐ 上位所得 ☐ その他											
軽症者登録	☐ 有 ☐ 無											
保険情報	保険者番号						被保険者記号					
	被保険者番号						被保険者 個人単位枝番					
	資格取得 年月日	西暦					年			月		