

臨床調査個人票 認定 不認定

注意事項

すべての項目を可能な限り記入してください。
 なお、太枠部分は更新の審査において必須の項目となりますので、必ず記入してください。

271 強直性脊椎炎(更新)

■ 基本情報その1

受給者番号

氏名			
姓(漢字)	名(漢字)	姓(かな)	名(かな)
住所			
郵便番号	住所		
生年月日等			
生年月日	西暦	年	月 日
	性別	1. 男 2. 女	

■ 重症度分類に関する事項 (該当するものにチェック) (必須項目)

※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カ月間で最も悪い状態を記載してください。

以下の重症度分類において、重症例である	左記の重症度を <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たさない (*軽症者へ)
---------------------	--

(*軽症者) 審査の結果、「重症度を満たさない」と判定された場合は、更新申請手続きを行う月以前の12か月以内に指定難病に係る医療費(10割分)が33,330円を超える月数が3か月以上あることを確認できる「自己負担上限額管理票」等の提出を行わないと、医療費助成は継続されません。

■ 重症度分類 (該当するものにチェック)

<input type="checkbox"/> 重症例：以下の1~5のいずれかを満たす
<input type="checkbox"/> 重症例でない
<input type="checkbox"/> 1. BASDAIスコアが4以上かつCRPが1.5mg/dL以上
<input type="checkbox"/> 2. BASMIスコアが5以上
<input type="checkbox"/> 3. 脊椎X-P上、連続する2椎間以上に強直(bamboo spine)が認められる
<input type="checkbox"/> 4. 薬物治療が無効の高度な破壊や変形を伴う末梢関節炎がある
<input type="checkbox"/> 5. 局所治療抵抗性・反復性もしくは視力障害を伴う急性前部ぶどう膜炎がある
<input type="checkbox"/> 上記1~5のいずれにも該当しない

■ 基本情報その2

出生市区町村			
出生時氏名(変更のある場合)	姓(漢字)	名(漢字)	
	姓(かな)	名(かな)	
家族歴			
近親者の発症者の有無*	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()		
発病時の状況			
発症年月	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		

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など

--

■ 治療内容と有効性 (該当する項目に☑を記入する)

NSAIDs	1. 実施	2. 未実施	3. 不明		☐有効	☐無効
DMARDs (サラゾスルファピリジン メトトレキサートなど)	1. 実施	2. 未実施	3. 不明		☐有効	☐無効
ステロイド (全身投与) : 有効 無効 (局所投与)	1. 実施	2. 未実施	3. 不明		☐有効	☐無効
生物学的製剤 (インフリキシマブ アダリムマブなど)	1. 実施	2. 未実施	3. 不明		☐有効	☐無効

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入) ※本疾患により装着している者に限る

使用の有無	1.あり 2.なし					
開始時期	西暦 年 月			離脱の見込み	1.あり 2.なし	
種類	1.気管切開口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										
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
医療機関所在地	医師の氏名										
電話番号	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/>										
記載年月日： 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ます。)
 - ・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ヵ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27年5月13日健発0513第1号健康局長通知)を参照の上、ご記入ください。
 - ・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。
- この臨床調査個人票は、大阪府更新申請用です。「難病指定医」又は「協力難病指定医」でなければ作成できません。