

臨床調査個人票 認定 不認定  
046 . 悪性関節リウマチ(更新)

※診断書には過去6ヶ月間で一番悪い状態の内容を記載してください。  
※診断基準、重症度分類については、「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。  
※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。

■基本情報

氏名および受給者番号		受給者番号 ( )	
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

※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。

悪性関節リウマチの重症度分類で3度以上	左記の重症度を 1. 満たす 2. 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。

悪性関節リウマチの重症度分類

該当するものにチェック <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1度	<input type="checkbox"/> 2度	<input type="checkbox"/> 3度	<input type="checkbox"/> 4度	<input type="checkbox"/> 5度
---	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

【参考:悪性関節リウマチの重症度分類】

- 1度 免疫抑制療法(副腎皮質ステロイド、免疫抑制薬の投与)なしに1年以上活動性血管炎症状(皮下結節や皮下出血などは除く)を認めない寛解状態にあり、血管炎症状による非可逆的な臓器障害を伴わない患者
- 2度 血管炎症状(皮膚梗塞・潰瘍、上強膜炎、胸膜炎、間質性肺炎など)に対し免疫抑制療法を必要とし、定期的な外来通院を要する患者、もしくは血管炎症状による軽度の非可逆的な臓器障害(末梢神経炎による知覚障害、症状を伴わない肺線維症など)を伴っているが、社会での日常生活に支障のない患者
- 3度 活動性の血管炎症状(皮膚梗塞・潰瘍、上強膜炎、胸膜炎、心外膜炎、間質性肺炎、末梢神経炎など)が出没するために免疫抑制療法を必要とし、しばしば入院を要する患者、もしくは血管炎症状による非可逆的な臓器障害(下記①～⑥のいずれか)を伴い社会での日常生活に支障のある患者
  - ① 下気道の障害により軽度の呼吸不全を認め、PaO<sub>2</sub>が60～70Torr
  - ② NYHA 2度の心不全徴候を認め、心電図上陳旧性心筋梗塞、心房細動(粗動)、期外収縮又はST低下(0.2mV以上)の1つ以上を認める
  - ③ 血清クレアチニン値が2.5～4.9mg/dlの腎不全
  - ④ 両眼の視力の和が0.09～0.2の視力障害
  - ⑤ 拇指を含む2関節以上の指・趾切断
  - ⑥ 末梢神経障害による1肢の機能障害(筋力3)
- 4度 活動性の血管炎症状(発熱、皮膚梗塞・潰瘍、上強膜炎、胸膜炎、心外膜炎、間質性肺炎、末梢神経炎など)のために、3か月以上の入院を強いられている患者、もしくは血管炎症状によって以下に示す非可逆的な関節外症状(下記①～⑥のいずれか)を伴い家庭での日常生活に支障のある患者
  - ① 下気道の障害により中等度の呼吸不全を認め、PaO<sub>2</sub>が50～59Torr
  - ② NYHA 3度の心不全徴候を認め、X線上 CTR60%以上、心電図上陳旧性心筋梗塞、脚ブロック、2度以上の房室ブロック、心房細動(粗動)、人工ペースメーカーの装着、のいずれかを認める
  - ③ 血清クレアチニン値が5.0～7.9mg/dlの腎不全
  - ④ 両眼の視力の和が0.02～0.08の視力障害
  - ⑤ 1肢以上の手・足関節より中枢側における切断
  - ⑥ 末梢神経障害による2肢の機能障害(筋力3)
- 5度 血管炎症状による重要臓器の非可逆的な障害(下記①～⑥のいずれか)を伴い、家庭内の日常生活に著しい支障があり、常時入院治療、あるいは絶えざる介護を要する患者
  - ① 下気道の障害により高度の呼吸不全を認め、PaO<sub>2</sub>が50Torr 未満
  - ② NYHA 4度の心不全徴候を認め、X線上 CTR60%以上、心電図上陳旧性心筋梗塞、脚ブロック、2度以上の房室ブロック、心房細動(粗動)、人工ペースメーカーの装着のいずれかを2以上を認める
  - ③ 血清クレアチニン値が8.0mg/dlの腎不全
  - ④ 両眼の視力の和が0.01以下の視力障害
  - ⑤ 2肢以上の手・足関節より中枢側における切断
  - ⑥ 末梢神経障害による3肢の機能障害(筋力3)、もしくは1肢以上の筋力全廃(筋力2以下)

特記事項

■発症と経過

経過						
経過の状態	1.軽快	2.不変	3.徐々に悪化	4.急速に悪化	5.その他	その他の内容
入院回数						
1年間の原疾患および合併症による入院	入院回数	回	合計入院期間	ヶ月		
皮膚症状						
潰瘍	1.あり 2.なし 3.不明	皮下結節	1.あり 2.なし 3.不明			
梗塞(含爪床部)	1.あり 2.なし 3.不明	指趾壊疽	1.あり 2.なし 3.不明			
心・循環器症状						
心膜炎(心嚢炎)	1.あり 2.なし 3.不明	心筋炎	1.あり 2.なし 3.不明			
心筋梗塞	1.あり 2.なし 3.不明	NYHA2度以下の心不全兆候	1.あり 2.なし 3.不明			
心電図上陳旧性心筋梗塞	1.あり 2.なし 3.不明	心房細動	1.あり 2.なし 3.不明			
期外収縮	1.あり 2.なし 3.不明	ST 低下(0.2mV以上)	1.あり 2.なし 3.不明			
呼吸器症状						
間質性肺炎	1.あり 2.なし 3.不明	肺線維症	1.あり 2.なし 3.不明			
肺血栓塞栓症	1.あり 2.なし 3.不明	滲出性胸膜炎	1.あり 2.なし 3.不明			
PaO <sub>2</sub>	Torr					

消化器症状			
消化管出血	1.あり 2.なし 3.不明	腸閉塞	1.あり 2.なし 3.不明
精神・神経症状			
多発単神経炎	1.あり 2.なし 3.不明	1肢以上の機能障害	1.あり 2.なし 3.不明
眼症状			
虹彩炎・ぶどう膜炎	1.あり 2.なし 3.不明	上強膜炎	1.あり 2.なし 3.不明
視力障害	1.あり 2.なし 3.不明		
腫張または圧痛のある関節数			
大関節	箇所	小関節	箇所
その他			
臓器梗塞	1.あり 2.なし 3.不明		
その他 ※当てはまるものをチェック	<input type="checkbox"/> 全身症状 <input type="checkbox"/> その他( )		
関節リウマチの分類			
X線上病期分類のステージ	1. I 2. II 3. III 4. IV		
機能障害度分類のクラス	1. I 2. II 3. III 4. IV		
悪性関節リウマチ(MRA)の疾患活動性			
MRAの疾患活動性によると考えられる症状	1.あり 2.なし 3.不明	MRAの疾患活動性によると考えられる検査異常	1.あり 2.なし 3.不明
合併症			
入院を要する重症感染症	1.あり 2.なし 3.不明	(診断名)	
在宅酸素療法を要する慢性呼吸不全	1.あり 2.なし 3.不明	ステロイド誘発性糖尿病	1.あり 2.なし 3.不明
視力低下	1.あり 2.なし 3.不明	失明	1.あり 2.なし 3.不明
ステロイド誘発性緑内障	1.あり 2.なし 3.不明	難聴	1.あり 2.なし 3.不明
消化管潰瘍	1.あり 2.なし 3.不明	脊椎圧迫骨折	1.あり 2.なし 3.不明
大腿骨頭壊死	1.あり 2.なし 3.不明	末梢神経性感覚障害	1.あり 2.なし 3.不明
末梢神経性運動障害	1.あり 2.なし 3.不明	高血圧	1.あり 2.なし 3.不明

■治療その他

薬物療法													
副腎皮質ステロイド	1.あり 2.なし 3.不明	プレドニゾロン換算最大量	mg/日										
免疫抑制剤	1.あり 2.なし 3.不明	非ステロイド系抗炎症薬	1.あり 2.なし 3.不明										
抗リウマチ薬	1.あり 2.なし 3.不明												
アフェレーシス													
血漿交換療法	1.あり 2.なし 3.不明												
外科的治療													
悪性関節リウマチに起因する臨床症状に対する外科的治療	1.あり 2.なし 3.不明												
2 関節以上の指・趾切断													
1.あり 2.なし 3.不明													
人工呼吸器(使用者のみ詳細記入) ※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												
<以下有の場合> 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	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助									
	車椅子とベッド間の移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 軽度介助	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助									
	整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能										
	トイレ動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助									
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能										
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 軽度介助	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助									
	階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 不能									
	着替え	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助									
	排便コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助									
排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 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: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>												
医療機関所在地	医師の氏名												
電話番号	_____												
記載年月日: 年 月 日													

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。