

臨床調査個人票 認定 不認定  
050. 皮膚筋炎／多発性筋炎  
(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。

以下の1)～4)のいずれかに該当する	左記の重症度を 1. 満たす 2. 満たさない(*軽症者へ)
1) 原疾患に由来する、aないしbの筋力低下がある a. 体幹・四肢近位筋群(頸部屈筋、三角巾、上腕二頭筋、上腕三頭筋、腸腰筋、大腿四頭筋、 大腿屈筋群)の徒手筋力テスト平均が5段階評価で4+(10段階評価で9)以下 b. 同筋群のいずれか一つの徒手筋力テストが4(10段階評価で8)以下	
2) 原疾患に由来するCK値もしくはアルドラーゼ値上昇がある	
3) 活動性の皮疹(皮膚筋炎に特徴的な丘疹、浮腫性あるいは角化性の紅斑、 脂肪織炎*が複数部位に認められるもの)がある *新生または増大する石灰沈着を含む	
4) 活動性の間質性肺炎を合併している(その治療中を含む)	

(\*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"/> 1) 原疾患に由来する、aないしbの筋力低下がある(下記a、bから該当するものをチェック☑) <input type="checkbox"/> a. 体幹・四肢近位筋群(頸部屈筋、三角巾、上腕二頭筋、上腕三頭筋、腸腰筋、 大腿四頭筋、大腿屈筋群)の徒手筋力テスト平均が5段階評価で4+(10段階評価で9)以下 <input type="checkbox"/> b. 同筋群のいずれか一つの徒手筋力テストが4(10段階評価で8)以下
	<input type="checkbox"/> 2) 原疾患に由来するCK値もしくはアルドラーゼ値上昇がある
	<input type="checkbox"/> 3) 活動性の皮疹(皮膚筋炎に特徴的な丘疹、浮腫性あるいは角化性の紅斑、脂肪織炎*が複数部位に 認められるもの)がある *新生または増大する石灰沈着を含む
	<input type="checkbox"/> 4) 活動性の間質性肺炎を合併している(その治療中を含む)
	<input type="checkbox"/> 上記1)～4)のいずれにも該当しない

■発症と経過

発病時の状況	
発症年月	西暦 年 月
経過	
経過	1. 進行性 2. 進行後停止 3. 軽快 4. その他( )

■臨床所見(西暦 年 月 日)

皮膚症状			
ヘリオトロープ疹: 両側又は片側の眼瞼部の紫紅色浮腫性紅斑	1. あり	2. なし	3. 不明
ゴットロン丘疹: 手指関節背面の丘疹	1. あり	2. なし	3. 不明
ゴットロン徴候: 手指関節背面および四肢関節背面の紅斑	1. あり	2. なし	3. 不明
筋骨格症状			
上肢又は下肢近位筋の筋力低下	1. あり	2. なし	3. 不明
筋肉の自発痛又は把握痛	1. あり	2. なし	3. 不明
骨破壊を伴わない関節炎または関節痛	1. あり	2. なし	3. 不明

検査所見		
血清中筋原性酵素の上昇	1. あり	2. なし 3. 不明
筋炎を示す筋電図変化	1. あり	2. なし 3. 不明
全身性炎症所見	1. あり	2. なし 3. 不明
抗アミノアシルtRNA合成酵素抗体陽性	1. あり	2. なし 3. 不明
筋生検で筋炎の病理所見	1. あり	2. なし 3. 不明
特記事項		

■鑑別診断

鑑別診断	
鑑別できるものにチェック	1. 感染による筋炎 2. 薬剤誘発性ミオパチー 3. 内分泌異常に伴うミオパチー 4. 筋ジストロフィーその他の先天性筋疾患 5. 湿疹・皮膚炎群を含むその他の皮膚疾患

■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	薬剤名(自由記載)	最大投与量 mg/日										
免疫グロブリン大量療法	1.あり 2.なし 3.不明												
その他の薬剤	1.あり 2.なし 3.不明	薬剤名	投与量 mg/日										
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												
医療機関所在地	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>												
電話番号	医師の氏名												
	<hr style="width: 100%;"/>												
	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。