

臨床調査個人票 認定 不認定
054. 成人スチル病（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。	
成人スチル病重症度基準で中等症以上	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。

成人スチル病重症度基準	
該当するものに チェック☑	<input type="checkbox"/> 軽症（スコア合計点 1点以下）
	<input type="checkbox"/> 中等症（スコア合計点 2点）
	<input type="checkbox"/> 重症（スコア合計点 3点以上）
成人スチル病重症度スコア	
以下の各項目について、該当するものにチェック☑し、下線部に数値を記入してください	
漿膜炎	<input type="checkbox"/> あり(1点) <input type="checkbox"/> なし(0点)
DIC	<input type="checkbox"/> あり(2点) <input type="checkbox"/> なし(0点)
血球貪食症候群	<input type="checkbox"/> あり(2点) <input type="checkbox"/> なし(0点)
好中球比率増加(85%以上)	<input type="checkbox"/> あり(1点) <input type="checkbox"/> なし(0点)
フェリチン高値(3,000 ng/mL以上)	<input type="checkbox"/> あり(1点) <input type="checkbox"/> なし(0点)
著明なリンパ節腫脹	<input type="checkbox"/> あり(1点) <input type="checkbox"/> なし(0点)
ステロイド治療抵抗性 (プレドニゾン換算で0.4mg/kg以上で治療抵抗性の場合)	<input type="checkbox"/> あり(1点) <input type="checkbox"/> なし(0点)
スコア合計点	_____点

■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 ()
特記事項	

■臨床所見

診断日													
最近6か月以内の状況	西暦	年	月 日										
	診断時または最重症時	西暦	年 月 日										
大基準													
発熱の持続 (39℃以上かつ1週間以上)	最近6か月以内の状況 診断時または最重症時	1. ある 1. ある	2. ない 2. ない										
関節痛の持続 (2週間以上)	最近6か月以内の状況 診断時または最重症時	1. ある 1. ある	2. ない 2. ない										
定型的皮疹	最近6か月以内の状況 診断時または最重症時	1. ある 1. ある	2. ない 2. ない										
白血球増多 (10,000/μL以上かつ好中球80%以上)	最近6か月以内の状況 診断時または最重症時	1. ある 1. ある	2. ない 2. ない										
小基準													
咽頭痛	最近6か月以内の状況 診断時または最重症時	1. ある 1. ある	2. ない 2. ない										
リンパ節腫脹または脾腫	最近6か月以内の状況 診断時または最重症時	1. ある 1. ある	2. ない 2. ない										
肝機能障害	最近6か月以内の状況 診断時または最重症時	1. ある 1. ある	2. ない 2. ない										
リウマトイド因子	最近6か月以内の状況 診断時または最重症時	1. 陽性 1. 陽性	2. 陰性 2. 陰性										
抗核抗体	最近6か月以内の状況 診断時または最重症時	1. 陽性 1. 陽性	2. 陰性 2. 陰性										
治療													
副腎皮質ステロイド使用	最近6か月以内の状況 診断時または最重症時	1. あり 1. あり	2. なし 2. なし										
免疫抑制薬使用	最近6か月以内の状況 診断時または最重症時	1. あり (製剤名) 1. あり (製剤名)	2. なし 2. なし										
生物学的製剤使用	最近6か月以内の状況 診断時または最重症時	1. あり (製剤名) 1. あり (製剤名)	2. なし 2. なし										
鑑別診断													
感染症	1. 鑑別できる 2. 鑑別できない 3. 不明												
悪性腫瘍	1. 鑑別できる 2. 鑑別できない 3. 不明												
リウマチ性疾患	1. 鑑別できる 2. 鑑別できない 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"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </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。