

臨床調査個人票 認定 不認定
055. 再発性多発軟骨炎（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。

再発性多発軟骨炎の重症度分類で中等症以上	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。

再発性多発軟骨炎の重症度分類	
該当するものに チェック☑	<input type="checkbox"/> 軽症 RP重症度分類スコアの合計点が1～8点
	<input type="checkbox"/> 中等症 RP重症度分類スコアの合計点が9～13点
	<input type="checkbox"/> 重症 RP重症度分類スコアの合計点が14点以上、または 再発性多発軟骨炎に起因する以下の症状のいずれかが存在する場合
	<input type="checkbox"/> 心血管症状（心膜炎、心筋炎、弁膜症および血管炎を含む何らかの血管障害） <input type="checkbox"/> 神経症状（末梢神経障害、中枢神経症状） <input type="checkbox"/> 呼吸器症状（呼吸不全の有無は問わない）
RP重症度分類スコア	
（以下の各項目について該当するものにチェック☑し、右に合計点を記入）	
全身症状	<input type="checkbox"/> 発熱(38度以上) 2点 <input type="checkbox"/> なし
リウマチ様症状	<input type="checkbox"/> 関節炎 1点 <input type="checkbox"/> なし
活動性の軟骨炎	<input type="checkbox"/> 胸骨柄、胸鎖、肋軟骨炎 4点 <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 耳介軟骨炎(片側または両側) 9点 <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 鼻軟骨炎 9点 <input type="checkbox"/> なし
眼症状	<input type="checkbox"/> 上強膜炎、強膜炎、ぶどう膜炎 9点 <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 角膜潰瘍 11点 <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 網膜血管炎 14点 <input type="checkbox"/> なし
生化学	<input type="checkbox"/> CRP(2.0mg/dl以上) 3点 <input type="checkbox"/> なし
内耳機能障害	<input type="checkbox"/> 感音難聴 8点 <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 前庭機能障害 12点 <input type="checkbox"/> なし
皮膚・腎症状	<input type="checkbox"/> 紫斑 3点 <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 血尿、蛋白尿 6点 <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 腎不全 17点 <input type="checkbox"/> なし

■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 ()												
病態													
臨床経過	1. 寛解 2. 再燃緩解型 3. 慢性持続型 4. 急性悪化型 5. その他・不明 ()												
入院回数	合計	回 (現施設	回 他施設 回)										
症状 (概ね6か月以内の状況)													
38度以上の発熱	1. あり 2. なし 3. 不明	関節炎	1. あり 2. なし 3. 不明										
胸骨柄、胸鎖、肋軟骨炎	1. あり 2. なし 3. 不明	耳介軟骨炎	1. 両側あり 2. 片側あり 3. なし 4. 不明										
鼻軟骨炎	1. あり 2. なし 3. 不明	上強膜炎	1. あり 2. なし 3. 不明										
強膜炎	1. あり 2. なし 3. 不明	ぶどう膜炎	1. あり 2. なし 3. 不明										
角膜潰瘍	1. あり 2. なし 3. 不明	網膜血管炎	1. あり 2. なし 3. 不明										
血清CRP値	mg/dl	感音難聴	1. あり 2. なし 3. 不明										
前庭機能障害	1. あり 2. なし 3. 不明	皮膚症状(紫斑)	1. あり 2. なし 3. 不明										
血尿・蛋白尿	1. あり 2. なし 3. 不明	腎不全	1. あり 2. なし 3. 不明										
その他の症状	1. あり 2. なし (詳細:)												
生検病理所見													
再発性多発軟骨炎に伴う所見	1. あり 2. なし												
採取部位、所見等 (自由記載)													
特記事項													
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。