

# リウマチ性疾患診療記録（関節リウマチ）

## （記載例）

リウマチ性疾患  
診療患者名簿番号

1

該当するものすべてに☑してください。

患者名(イニシャル)	A. B.	患者番号	A101	
年齢	46	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input checked="" type="checkbox"/> 女
施設名	リウマチ財団病院 リウマチセンター	転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 死亡	令和元年 11 月
診断病名	RA			
病歴	<input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院	職業	<input type="checkbox"/> 肉体労働 <input type="checkbox"/> パート	<input type="checkbox"/> フルタイム <input checked="" type="checkbox"/> 主婦
既往歴	<input type="checkbox"/> 乾癬 <input type="checkbox"/> 遷延性腰痛 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input checked="" type="checkbox"/> 憩室症 <input type="checkbox"/> COPD	家族歴	<input checked="" type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 結核	
<b>診断</b>				
罹患関節（腫脹又は圧痛）		血液の検査		
<input checked="" type="checkbox"/> MCP	<input checked="" type="checkbox"/> PIP	<input checked="" type="checkbox"/> リウマトイド因子陽性	<input checked="" type="checkbox"/> CRP 上昇	
<input checked="" type="checkbox"/> 手関節	<input type="checkbox"/> 肘関節	<input checked="" type="checkbox"/> 抗 CCP 抗体陽性	<input checked="" type="checkbox"/> 血沈上昇	
<input checked="" type="checkbox"/> MTP	<input type="checkbox"/> その他	<input checked="" type="checkbox"/> 抗核抗体陰性		
病歴		画像検査		
<input checked="" type="checkbox"/> 朝のこわばり 30 分以上		<input checked="" type="checkbox"/> 手	<input checked="" type="checkbox"/> 胸部	
<input checked="" type="checkbox"/> 6 週間以上の関節症状		<input checked="" type="checkbox"/> 足		
<b>治療</b>				
経口 DMARD		過去 3 ヶ月以内の所見		
イグラチモド	<input type="checkbox"/> 現処方 <input type="checkbox"/> 既往	<input checked="" type="checkbox"/> ワールファリン服用なし		
サラゾスルファピリジン	<input type="checkbox"/> 現処方 <input type="checkbox"/> 既往	<input checked="" type="checkbox"/> 血算正常		
タクロリムス	<input type="checkbox"/> 現処方 <input type="checkbox"/> 既往	<input checked="" type="checkbox"/> 腎機能		
ブシラミン	<input type="checkbox"/> 現処方 <input type="checkbox"/> 既往	<input checked="" type="checkbox"/> 尿蛋白陰性		
メトトレキサート	<input checked="" type="checkbox"/> 現処方 <input type="checkbox"/> 既往	<input checked="" type="checkbox"/> 肝酵素		
その他 ( )	<input type="checkbox"/> 現処方 <input type="checkbox"/> 既往			
生物学的製剤		開始前スクリーニングで施行したもの		
TNF 阻害薬	<input type="checkbox"/> 現処方 <input type="checkbox"/> 既往	<input checked="" type="checkbox"/> ツベルクリン反応	<input type="checkbox"/> クオンティフェロン 又は T SPOT	
その他 ( )	<input type="checkbox"/> 現処方 <input type="checkbox"/> 既往	<input checked="" type="checkbox"/> HBsAg HBs Ab	<input type="checkbox"/> HCVA b	
ステロイド	<input type="checkbox"/> 現処方 <input type="checkbox"/> 既往	HBcAb		
NSAID	<input type="checkbox"/> 現処方 <input checked="" type="checkbox"/> 既往	<input type="checkbox"/> IgG (>1000mg/dL)	<input type="checkbox"/> β-D-グルカン	
関節手術 <input type="checkbox"/> あり (部位・ )				
<b>効果判定（該当するものすべて）</b>				
<input checked="" type="checkbox"/> 腫脹関節なし	<input type="checkbox"/> 圧痛関節なし	<input checked="" type="checkbox"/> mHAQ 正常		
<input checked="" type="checkbox"/> CRP 正常	<input checked="" type="checkbox"/> 血沈正常	<input type="checkbox"/> 過去 1 年での骨びらん、狭小化の進行		
備考				

※患者番号は、後日照会があった際に識別可能な任意の番号とします。(診療録等の ID 番号は使用しないでください。)

※略語（病名・薬物名）の扱いは、リウマチ性疾患診療患者名簿と同等とします。

申請者氏名 財団 花子