

リウマチ性疾患診療記録（関節リウマチ）

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。

年代	40 歳代	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input checked="" type="checkbox"/> 女	
施設名	財団病院リウマチ科	転 帰	<input type="checkbox"/> 治 癒	<input checked="" type="checkbox"/> 継続中	平成 令和 4 年 4 月
診断名	RA		<input type="checkbox"/> 中 止	<input type="checkbox"/> 転 院	
病 歴	<input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院	職 業	主婦		
既 往 歴	<input type="checkbox"/> 胃十二指腸潰瘍	<input type="checkbox"/> 炎症性背部痛	<input type="checkbox"/> 結核	家族歴	<input type="checkbox"/> リウマチ性疾患 <input type="checkbox"/> 結核
	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍	<input type="checkbox"/> 心不全	<input type="checkbox"/> 肝炎		
	<input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 大腸憩室症	<input type="checkbox"/> COPD		
	<input type="checkbox"/> その他				
診 断					
罹患関節（腫脹又は圧痛）		血液の検査			
<input checked="" type="checkbox"/> MCP 関節	<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 checked="" type="checkbox"/> 膝関節	<input checked="" type="checkbox"/> 抗 CCP 抗体陽性	<input checked="" type="checkbox"/> 赤沈 亢進		
<input checked="" type="checkbox"/> MTP	<input type="checkbox"/> その他	<input checked="" type="checkbox"/> 抗核抗体陽性			
病歴		画像検査			
<input checked="" type="checkbox"/> 朝のこわばり 30 分以上		<input checked="" type="checkbox"/> 上肢	<input type="checkbox"/> 体軸部		
<input checked="" type="checkbox"/> 6 週間以上の関節症状		<input checked="" type="checkbox"/> 下肢	<input checked="" type="checkbox"/> 胸部		
治 療					
経口 DMARDs			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 type="checkbox"/> ワーファリン服用中		
サラゾスルファピリジン	<input type="checkbox"/> 現処方 <input checked="" type="checkbox"/> 既往		<input type="checkbox"/> 血算異常		
タクロリムス	<input type="checkbox"/> 現処方 <input type="checkbox"/> 既往		<input type="checkbox"/> 腎機能障害		
ブシラミン	<input type="checkbox"/> 現処方 <input type="checkbox"/> 既往		<input type="checkbox"/> 尿蛋白陽性		
メトトレキサート	<input checked="" type="checkbox"/> 現処方 <input type="checkbox"/> 既往		<input type="checkbox"/> 肝機能障害		
その他（ ）	<input type="checkbox"/> 現処方 <input type="checkbox"/> 既往				
生物学的製剤・JAK 阻害剤			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 checked="" type="checkbox"/> 既往		<input type="checkbox"/> ツベルクリン反応	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> HCVAb	
JAK 阻害剤	<input checked="" type="checkbox"/> 現処方 <input type="checkbox"/> 既往		HBcAb		
副腎皮質ステロイド	<input type="checkbox"/> 現処方 <input checked="" type="checkbox"/> 既往		<input checked="" type="checkbox"/> リンパ球数(≧1,000)	<input checked="" type="checkbox"/> β-D-グルカン	
NSAIDs	<input checked="" type="checkbox"/> 現処方 <input type="checkbox"/> 既往		<input checked="" type="checkbox"/> KL-6 (SPD)		
関節手術 <input checked="" type="checkbox"/> あり（部位・ 右膝 ）					
効果判定（該当するものすべて）					
<input checked="" type="checkbox"/> 腫脹関節なし	<input type="checkbox"/> 圧痛関節なし	<input type="checkbox"/> mHAQ 正常			
<input type="checkbox"/> CRP 基準値内	<input checked="" type="checkbox"/> 赤沈 基準値内	<input checked="" type="checkbox"/> 過去 1 年での骨びらん、狭小化の進行なし			
備 考	特になし				

※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じとします。

申請者氏名 財団 医太郎