

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 <input type="checkbox"/> 中 止 <input type="checkbox"/> 転 院 <input type="checkbox"/> 死 亡	平成 令和 4 年 4 月
診断名	RA			
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"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 心不全 <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 大腸憩室症 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> COPD	家族歴	<input type="checkbox"/> リウマチ性疾患 <input type="checkbox"/> 結核
	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"/> HCVAbs	
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