リウマチ性疾患ケア指導患者名簿

看護

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者番号 | 施 設 名 | 性別 | 年代 | 診断名 | 主なケアと指導の内容  （画一的でなく、症例毎に個別的に記載） |
| **1** |  | 男 ・ 女 | 歳代 | ＲＡ |  |
| **2** |  | 男 ・ 女 | 歳代 | ＲＡ |  |
| **3** |  | 男 ・ 女 | 歳代 | ＲＡ |  |
| **4** |  | 男 ・ 女 | 歳代 |  |  |
| **5** |  | 男 ・ 女 | 歳代 |  |  |
| **6** |  | 男 ・ 女 | 歳代 |  |  |
| **7** |  | 男 ・ 女 | 歳代 |  |  |
| **8** |  | 男 ・ 女 | 歳代 |  |  |
| **9** |  | 男 ・ 女 | 歳代 |  |  |
| **10** |  | 男 ・ 女 | 歳代 |  |  |
| |  | | --- | | 申請者氏名 |   ※患者番号1～３については、RA（関節リウマチ）を記入してください。  ※同一施設内において、他の申請者と同一症例を担当した場合であっても、対象患者とすることは可能です。  ただし、その場合は、自身が担当した内容について個別性をもって記載してください。他の申請者と同一内容  の記載は認められません。  ※本申請に記載可能な略語は、次の通りです。下記以外の病名や薬物名の略語の使用はできませんので、下記以  外の略語を使う場合は、初出箇所にfull spellingと略語を記載し、以降は略語で記載して頂いて結構です。  （例：治療薬としてはMTXにトファシチニブ(TOF)を追加した。TOF併用により・・・・・）  **【病名】**  OA：変形性関節症（osteoarthritis）  RA：関節リウマチ（rheumatoid arthritis）  SLE：全身性エリテマトーデス（systemic lupus erythematosus）  **【薬物名】**「日本リウマチ学会リウマチ学用語・WEB検索」（https://www.ryumachi-jp.com/yougo/search.php）参照  ・副腎皮質ステロイド（グルココルチコイド）　　　・生物学的製剤（bDMARDs）  PSL：プレドニゾロン　　　　　　　　　　　　　　 ABT：アバタセプト  　 ・従来型抗リウマチ薬（csDMARDs）　　　　　　　　 ADA：アダリムマブ  BUC：ブシラミン　　　　　　　　　　　　　　　 CZP：セルトリズマブ　ペゴル  IGU：イグラチモド　　　　　　　　　　　　　　　 ETN：エタネルセプト  LEF：レフルノミド　　　　　　　　　　　　　　 GLM：ゴリムマブ  MTX：メトトレキサート　　　　　　　　　　　　 IFX：インフリキシマブ  SASP：サラゾスルファピリジン　　　　　　　　 OZR：オゾラリズマブ  TAC：タクロリムス　　　　　　　　　　　　　　 SAR: サリルマブ  　　・JAK阻害薬　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 TCZ：トシリズマブ  BAR：バリシチニブ　 ・バイオシミラー（BS)  FIL：フィルゴチニブ　　　　　　　　　　　 　 ADA BS：アダリムマブバイオシミラー  PEF：ペフィシチニブ　　　　　　　　　　　　　 ETN BS：エタネルセプトバイオシミラー  TOF：トファシチニブ　　　　　　　　　　　　　　 IFX BS：インフリキシマブバイオシミラー  UPA：ウパダシチニブ | | | | | | |