

【疾患】★関節リウマチ

(注意) □:複数選択 ○:単一選択

CLN15

入力機会

発症年月日 ()年 ()月 ()日 ※ 月日または日が不明の場合あり

1回のみ

発症年齢 ()歳 ※ 不明の場合は空欄

1回のみ

診断		経年	
診断確実度	臨床診断	<input type="radio"/> 確実 <input type="radio"/> 疑い	
1987ACR revised クライテリア	朝のこわばり1時間以上	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 未入力	
	3関節領域以上の関節炎	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 未入力	
	手関節炎	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 未入力	
	対象性関節炎	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 未入力	
	リウマトイド結節	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 未入力	
	リウマトイド因子	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 未入力	
	X線変化	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり <input type="radio"/> 未入力	
リウマチ関連整形外科手術歴	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり ↓ <input type="checkbox"/> 人工関節置換術 <input type="checkbox"/> 人工関節置換術(revision) <input type="checkbox"/> 人工関節以外の整形外科的RA関連手術 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症性骨折に対する手術	<input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/> 未入力
			経年 <small>過去～現在まで累積</small>