

(注意)□:複数選択

○:単一選択

文字列入力()

数字入力[]

凡例 入力項目分類 (数字は入力の優先順位)

1. 毎回入力項目 : 2重括弧 (毎回入力をしていただく項目)
2. 変更のみ入力項目 : 1重括弧 (前回からのデータ変更及びデータ追加があれば入力していただく項目)
3. 1回のみ項目 : 括弧なし (1回のみ入力すればよい項目)

日付項目

「不明」にチェックする場合 : プロジェクト開始以前のため、カルテ等で避れない場合のみにして下さい。
 年月のみ判明している場合 : 年月は判明している情報を、日は「不明」を入力して下さい。

追加

1回の入力でシートを追加して入力可能

前回の内容をコピー

前回調査の入力をコピーして入力可能

(疾患) 関節リウマチ

疾患の定義

滑膜炎を主体とする関節炎で、1987 ACR 基準もしくは2010 ACR/EULAR 基準のいずれかを満たすもの。

または、すでに関節リウマチと診断され、薬物治療等が行われている。

1987 ACR 基準、2010 ACR/EULAR 基準

診断日 []年 []月 []日 □ 不明

診断 1987 ACR 基準 (旧) 満たす 満たさない 不明

以下7項目のうち4項目以上を満たせば「関節リウマチ」と診断

- ・ 朝のこわばり1時間以上
- ・ 3関節領域以上の関節炎
- ・ 手関節炎
- ・ 対象性関節炎
- ・ リウマトイド結節
- ・ リウマトイド因子
- ・ X線変化

2010 ACR/EULAR 基準 (新) 満たす 満たさない 不明

以下7項目のうち6項目以上を満たせば「関節リウマチ」と分類

- A) 腫脹または圧痛関節数
- ・ 大関節1ヶ所 (0点)
 - ・ 大関節2-10ヶ所 (1点)
 - ・ 小関節1-3ヶ所 (2点)
 - ・ 小関節4-10ヶ所 (3点)
 - ・ 小関節10ヶ所以上 (少なくとも小関節病変1ヶ所は含む) (5点)
- B) 血清学的検査 (少なくとも1回の検査は必要)
- ・ RF も抗CCP抗体も陰性 (0点)
 - ・ RF か抗CCP抗体のいずれかが低値の陽性 (2点)
 - ・ RF か抗CCP抗体のいずれかが高値の陽性 (3点)
- C) 急性期炎症反応 (少なくとも1回の検査は必要)
- ・ CRP 正常 and 赤沈正常 (0点)
 - ・ CRP 高値 or 赤沈高値 (1点)
- D) 滑膜炎の期間
- ・ <6週 (0点)
 - ・ ≥6週 (1点)

リウマトイド因子(RF) あり なし 不明
 抗CCP抗体 あり なし 不明
 X線変化(骨びらん) あり なし 不明
 リウマトイド結節 あり なし 不明
 腫脹又は圧痛関節数

大関節 1個以下 2~10個 不明
 小関節 0個 1~3個 4~10個 10個以上 不明

大関節:肩関節、肘関節、股関節、膝関節、足関節。

小関節:MCP関節、PIP関節、第2~第5MTP関節、第1IP関節、手関節。

(注意)□:複数選択

○:単一選択

文字列入力()

数字入力[]

アクテムラ

使用歴	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 不明
服薬	<input type="radio"/> 1 剤目	<input type="radio"/> 2 剤目	<input type="radio"/> 3 剤目以降
現在の状況	<input type="radio"/> 使用中	<input type="radio"/> 中止	<input type="radio"/> 不明
中止の場合、その理由			
	<input type="radio"/> 無効		
	<input type="radio"/> その他 ()		
	<input type="radio"/> 不明		

オレンシア

使用歴	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 不明
服薬	<input type="radio"/> 1 剤目	<input type="radio"/> 2 剤目	<input type="radio"/> 3 剤目以降
現在の状況	<input type="radio"/> 使用中	<input type="radio"/> 中止	<input type="radio"/> 不明
中止の場合、その理由			
	<input type="radio"/> 無効		
	<input type="radio"/> その他 ()		
	<input type="radio"/> 不明		

その他

使用歴	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> なし	
薬剤名	()		
服薬	<input type="radio"/> 1 剤目	<input type="radio"/> 2 剤目	<input type="radio"/> 3 剤目以降
現在の状況	<input type="radio"/> 使用中	<input type="radio"/> 中止	<input type="radio"/> 不明
中止の場合、その理由			
	<input type="radio"/> 無効		
	<input type="radio"/> その他 ()		
	<input type="radio"/> 不明		