

49 全身性エリテマトーデス

判定日が記載年月日より6か月以上経過していることが散見されます。
記載年月日から直近6か月間で最も悪い状態を記載してください。

P2

■ 重症度分類に関する事項 (直近6か月間の最重症時の状態)

SLEDAI スコア	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 点
重症度判定日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
痙攣	<input type="checkbox"/> 1. あり (8点) <input type="checkbox"/> 2. なし (0点) <input type="checkbox"/> 3. 不明 (0点)
精神症状	<input type="checkbox"/> 1. あり (8点) <input type="checkbox"/> 2. なし (0点) <input type="checkbox"/> 3. 不明 (0点)
器質的脳障害	<input type="checkbox"/> 1. あり (8点) <input type="checkbox"/> 2. なし (0点) <input type="checkbox"/> 3. 不明 (0点)
視力障害	<input type="checkbox"/> 1. あり (8点) <input type="checkbox"/> 2. なし (0点) <input type="checkbox"/> 3. 不明 (0点)
脳神経障害	<input type="checkbox"/> 1. あり (8点) <input type="checkbox"/> 2. なし (0点) <input type="checkbox"/> 3. 不明 (0点)

49 全身性エリテマトーデス②

■ 診断基準に関する事項

■ <診断のカテゴリー> (新規時・更新時ともに記載必須、いずれの時期でもよい)

確定：以下の所見のうち4項目以上を満たす場合、 全身性エリテマトーデスと診断する	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
所見		
<input type="checkbox"/> 1. 顔面紅斑	<input type="checkbox"/> 2. 円板状皮疹	
<input type="checkbox"/> 3. 光線過敏症	<input type="checkbox"/> 4. 口腔内潰瘍または鼻咽腔潰瘍	
<input type="checkbox"/> 5. 関節炎 (2関節以上で非破壊性)	<input type="checkbox"/> 6. 漿膜炎 (胸膜炎または心膜炎)	
<input type="checkbox"/> 7. 腎病変 (0.5g/日以上持続的蛋白尿か細胞性円柱の出現)		
<input type="checkbox"/> 8. 神経学的病変 (痙攣発作、精神障害)		
<input type="checkbox"/> 9. 血液学的異常		
<input type="checkbox"/> 溶血性貧血	<input type="checkbox"/> 1,500/mm ³ 以下のリンパ球減少	
<input type="checkbox"/> 4,000/mm ³ 以下の白血球減少	<input type="checkbox"/> 10万/mm ³ 以下の血小板減少	
<input type="checkbox"/> 10. 免疫学的異常		
<input type="checkbox"/> 抗2本鎖DNA抗体陽性		
<input type="checkbox"/> 抗Sm抗体陽性		
<input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体陽性		
<input type="checkbox"/> 抗カルジオリピン抗体	<input type="checkbox"/> ループスアンチコアグラント	
<input type="checkbox"/> 梅毒反応偽陽性		
<input type="checkbox"/> 11. 抗核抗体陽性		

■ その他の臨床情報

A. 補足的な所見 (いずれの時期でもよい)

<input type="checkbox"/> 1. 急性皮膚ループス (光線過敏症、頬部紅斑以外)	<input type="checkbox"/> 3. 破壊性関節炎	<input type="checkbox"/> 4. 脱毛
<input type="checkbox"/> 2. 慢性皮膚ループス (円板状皮疹以外)	<input type="checkbox"/> 6. 低補体血症	
<input type="checkbox"/> 5. 直接 Coombs 陽性 (溶血性貧血なし)		
<input type="checkbox"/> 7. 神経学的異常 (他の原因によることを除外した次の病態：多発性単神経炎、脊髄炎、脳神経障害、急性錯乱状態)		
<input type="checkbox"/> 8. その他の自己抗体		
<input type="checkbox"/> 1. 抗 RNP 抗体	<input type="checkbox"/> 2. 抗 SS-A 抗体	<input type="checkbox"/> 3. 抗 SS-B 抗体
<input type="checkbox"/> 9. 発熱		

赤く示した項目は重症度にも同様の項目があるものです。
<診断のカテゴリー>及び「A.補足的な所見」はいずれの時期を用いても構いませんので、重症度で該当する項目が「あり」となる場合には、これらの項目についても、「あり」と統一してください。