

リウマチ日記

—MTX, BUC併用—

お 名 前

厚生省RA早期治療指針研究班

本用紙はノーカーボンの2枚複写です。
2枚目（クリーム色の紙）の次に裏表紙についている下敷を入れて御記入下さい。

お名前： _____

ご記入日 年 月 日

(服用前)

1. 日常生活動作に関するご質問

8種類の日常生活動作について、この1週間の状態はいかがでしたか。
当てはまる場所に丸印をつけて下さい。

| | 問題なく できる 0点 | 多少困難だ ができる 1点 | かなり困難 だが何とか できる 2点 | 一人では全 くできない 3点 |
|----------------------------|-------------------|---------------------|-----------------------------|----------------------|
| 衣服を着たりボタンかけなどの身支度が自分でできますか | | | | |
| 布団に寝たり、寝床から起きたりの動作ができますか | | | | |
| 茶碗やコップで水を飲む動作ができますか | | | | |
| 戸外で平らなところを一人で歩けますか | | | | |
| 身体全体を洗ったり拭いたりできますか | | | | |
| 腰を曲げて、床にある布を拾い上げられますか | | | | |
| 水道の蛇口を開けたり閉めたりできますか | | | | |
| 乗用車の乗り降りが一人でできますか | | | | |

2. 病気全般に関するご質問

あなたがこの病気になってからこれまでの中で、現在の病気の状態はいかがですか。現在の状態を / で記して下さい。

まったく具合の
悪いところはない

これまでで最も
具合が悪い

3. 関節の痛みに関するご質問

あなたがこの病気で経験した“痛み”を思い出して下さい。

現在の痛みはどの程度ですか。その程度を示す場所を / で記して下さい。

まったく
痛みがない

これまで感じた
最大の痛み

RA活動性記録

患者氏名

カルテ番号

担当医氏名

厚生省RA早期治療指針研究班

本用紙はノーカーボンの3枚複写です。

3枚目（クリーム色の紙）の次に裏表紙についている下敷を入れて御記入下さい。

割り付け番号

患者イニシャル

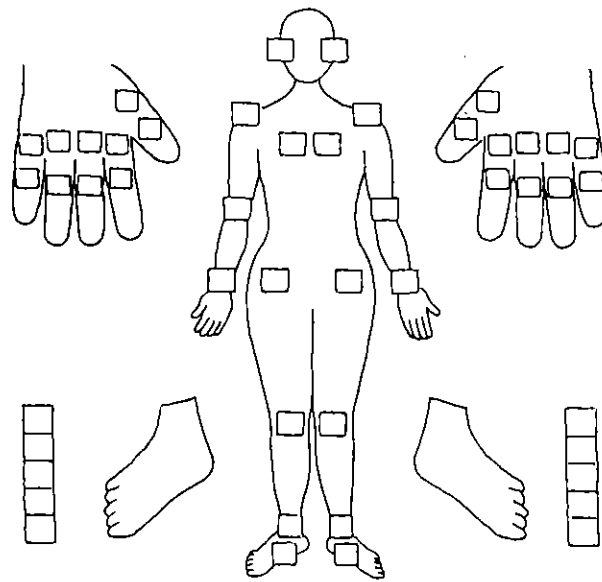
診察年月日

年

月

日

(投与前)



医師による疾患活動性の評価

担当医師が知り得ている患者の疾患活動性に鑑み、現在の活動性について/を付す。

全くない

最も高い

| | | | |
|------------------|-------|-----------|---|
| 腫脹関節数 | 個 | 開始時からの改善率 | % |
| 疼痛関節数 | 個 | 開始時からの改善率 | % |
| ADLスコア | 点 | 開始時からの改善率 | % |
| 患者による疼痛評価 (VAS) | mm, | 改善率 | % |
| 患者による全般的評価 (VAS) | mm, | 改善率 | % |
| 医師による活動性評価 (VAS) | mm, | 改善率 | % |
| 赤沈 | mm/hr | 開始時からの改善率 | % |
| CRP | mg/dl | 開始時からの改善率 | % |
| | | ACR改善基準> | % |

平成10年度
厚生省感覚器障害及び免疫・アレルギー等研究事業
慢性関節リウマチ早期治療指針の確立に関する研究
研究報告書
平成11年3月

発行人：班長 市川陽一
聖マリアンナ医科大学内科学・臨床検査医学教室
〒216-8511 神奈川県川崎市宮前区菅生 2-16-1
TEL 044-977-8111 (内:4108)
事務局：聖マリアンナ医科大学内科学・臨床検査医学教室
