

ふりがな			性別	1. 男 2. 女	生 年 月 日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成	年 月 日 生	(満 歳)
氏 名								
住 所	郵便番号		電話 ()		出 生 都 道 府 県	発病時在住 都 道 府 県		
発 症 年 月	1. 昭和 2. 平成	年 月 (歳)	3. 未発症	初診年月日	1. 昭和 2. 平成	年 月 日	保 険 種 別	1. 政 2. 組 3. 船 4. 共 5. 国 6. 老
身 体 障 害 者 帳	1. あり (等級 _____ 級 2. なし		介 護 認 定	1. 要介護 (要介護度 _____)		2. 要支援 3. なし		
生 活 状 況	社会活動 (1. 就労 2. 就学 3. 家事労働 4. 在宅療養 5. 入院 6. 入所 7. その他 (_____)) 日常生活 (1. 正常 2. やや不自由であるが独力で可能 3. 制限があり部分介助 4. 全面介助)							
骨 壊 死 家 族 歴	1. あり (1. 大腿骨頭、2. その他) 2. なし		受 診 状 況	1. 主に入院 2. 入院と通院半々 3. 主に通院 (____ / 月) 3. 不明 ありの場合 (続柄 _____) (最近 6 か月) 4. 往診あり 5. 入院なし 6. その他 (_____)				

発症と経過 (具体的に記述) 確定診断日(1. 昭和 2. 平成) 年 月 日

[WISH入力不要]

		右	左
診 断 時 所 見	X線所見:		
	① 骨頭圧潰あるいはcrescent sign (骨頭軟骨下骨折線像)	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
	② 骨頭内の帯状硬化像の形成 (股関節単純X線正面像及び側面像で判断する。Stage 4を除いて関節裂隙の狭小化がないこと、白蓋に異常所見がないことを要する)	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
	③ 骨シンチグラム: 骨頭の cold in hot 像	1. あり 2. なし 3. 検査なし	1. あり 2. なし 3. 検査なし
	④ MRI: 骨頭内帯状低信号像 (T1強調像でのいずれかの断面で、骨組織の正常信号域を分界する)	1. あり 2. なし 3. 検査なし	1. あり 2. なし 3. 検査なし
⑤ 骨生検標本: 修復反応層を伴う骨壊死像 (連続した切片標本内に骨及び骨髄組織の壊死が存在し、健常域との界面に線維性組織や添加骨形成など修復反応を認める像)	1. あり 2. なし 3. 検査なし	1. あり 2. なし 3. 検査なし	

判定: 以上の5項目のうち、2つ以上を満たし、以下の疾患の除外を要する。

除 外 診 断	① 二次性(大腿骨頭部骨折後、外傷性股関節脱臼後、放射線照射後)大腿骨頭壊死	① 1. 除外できる 2. 除外できない
	② 変形性股関節症	② 1. 除外できる 2. 除外できない
	③ 減圧症に合併する大腿骨頭壊死	③ 1. 除外できる 2. 除外できない
	④ 小児に発生するペルテス病	④ 1. 除外できる 2. 除外できない
	⑤ 大腿骨頭すべり症	⑤ 1. 除外できる 2. 除外できない
	⑥ 一過性大腿骨頭萎縮症	⑥ 1. 除外できる 2. 除外できない
	⑦ 大腿骨頭軟骨下脆弱性骨折	⑦ 1. 除外できる 2. 除外できない
	⑧ 急速破壊型股関節症	⑧ 1. 除外できる 2. 除外できない
	⑨ 腫瘍性疾患	⑨ 1. 除外できる 2. 除外できない
	⑩ 骨系統疾患 (骨端異形成症など)	⑩ 1. 除外できる 2. 除外できない

		右	左
		1. A 2. B 3. C-1 4. C-2 5. 正常	1. A 2. B 3. C-1 4. C-2 5. 正常
病 型 分 類	Type A: 壊死域が白蓋荷重面の内側 1/3 未満にとどまるもの、または壊死域が非荷重部のみに存在するもの		
	Type B: 壊死域が白蓋荷重面の内側 1/3 以上 2/3 未満の範囲に存在するもの		
	Type C: 壊死域が白蓋荷重面の内側 2/3 以上におよぶもの		
	C-1: 壊死域の外側端が白蓋縁内にあるもの C-2: 壊死域の外側端が白蓋縁をこえるもの		
		注 1) X線/MRIの両方またはいずれかで判定する。 注 2) X線は股関節正面像で判定する。 注 3) MRIはT1強調画像の冠状断骨頭中心撮像面で判定する。 注 4) 白蓋荷重面の算定方法 白蓋縁と涙痕下縁を結ぶ線の垂直二等分線が白蓋と交叉した点から外側を白蓋荷重面とする。	

	右						左						
	1. 1	2. 2	3. 3A	4. 3B	5. 4	6. 正常	1. 1	2. 2	3. 3A	4. 3B	5. 4	6. 正常	
病期分類	Stage 1: X線像の特異的異常所見はないが、MRI、骨シンチグラム、または病理組織像で特異的異常所見がある時期 Stage 2: X線像で帯状硬化像があるが、骨頭の圧潰(collapse)がない時期 Stage 3: 骨頭の圧潰があるが、関節裂隙は保たれている時期(骨頭および臼蓋の軽度な骨棘形成はあってもよい) 3A: 圧潰が3mm未満の時期 3B: 圧潰が3mm以上の時期 Stage 4: 明らかな関節症性変化が出現する時期 注1) 骨頭の正面と側面の2方向X線像で評価する(正面像で骨頭圧潰が明らかでなくても側面像で圧潰が明らかであれば側面像所見を採用して病期を判定)。 注2) 側面像は股関節屈曲90度・外転45度・内外旋中間位で正面から撮影する(杉岡法)。												
	ステロイド全身投与歴 (1.あり 2.なし)	対象疾患(複数回答可) 1. SLE 2. 多発性筋炎・皮膚筋炎 3. MCTD 4. シェーグレン症候群 5. その他の膠原病() 6. ネフローゼ症候群 7. 腎炎 8. 腎移植 9. その他の臓器移植() 10. 血小板減少性紫斑病 11. 再生不良性貧血 12. 肝炎 13. 喘息 14. 皮膚疾患 15. 眼疾患 16. 耳疾患 17. RA 18. その他() 19. 不明 上記疾患のうち最も確定診断が早いもの() 確定診断年(1.昭和 2.平成)()年 投与期間 : ()年, ()カ月, ()週 (減量期間含む) 一日最大投与量(パルス療法は含まない): ()mg (プレドニゾン換算 : プレドニン 1T(5mg) = メドロール 1T(4mg) = リンデロン 1T(0.5mg)) パルス投与 : (1.あり 2.なし 3.不明)(可能であれば時期:)年)月											
飲酒歴 (1.あり 2.なし)	頻度 : ()日 / (1.週 2.月 3.年) 期間 : ()年 <u>一回当たりの平均量(日本酒換算):</u> ()合 (参考) アルコール量を換算すると、 ・ビール大瓶1本は、日本酒一合 ・ウイスキーダブル1杯は日本酒一合 ・焼酎一合は日本酒一合半 ・ワイン1/3本は日本酒一合 とほぼ同等です												
喫煙歴 (1.あり 2.なし)	期間 : ()年 <u>一日当たりの平均本数</u> : ()本												
治療	最近の治療法 (過去6か月及び 今後6か月以内)	右 1. 保存療法 2. 骨切り術 3. 人工骨頭置換術 4. 人工関節置換術 5. 人工関節再置換術 6. その他()						左 1. 保存療法 2. 骨切り術 3. 人工骨頭置換術 4. 人工関節置換術 5. 人工関節再置換術 6. その他()					
	手術時期 (過去6か月及び 今後6か月以内)	平成()年()月						平成()年()月					
	以前の手術 (1.あり 2.なし)	1. 骨切り術 2. 人工骨頭置換術 3. 人工関節置換術 4. その他()						1. 骨切り術 2. 人工骨頭置換術 3. 人工関節置換術 4. その他()					
画像診断による他の骨壊死	1. あり (部位: 1. 肩関節 2. 膝関節 3. 足関節 4. その他()) 2. なし 3. 検査なし												
医療上の問題点													
【WISH入力不要】													
医療機関名													
医療機関所在地													
電話番号 ()													
医師の氏名													
印													
記載年月日: 平成 年 月 日													
(軽快者の症状が悪化した場合のみ記載) 症状が悪化したことを医師が確認した年月日 平成 年 月 日													
特定疾患登録者証交付年月日 平成 年 月 日													

(改定前) 33 特発性大腿骨頭壊死症 臨床調査個人票

(1. 新規)

ふりがな	氏名		性別	1. 男 2. 女	生 年 月 日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成	年 月 日 生	(満 歳)	
住 所	郵便番号			電 話 ()	出 生 都 道 府 県	発病時在住 都 道 府 県			
発 病 年 月	1. 昭和 年 月 (満 歳) 2. 平成		初診年月日	1. 昭和 年 月 日 2. 平成		保 険 種 別	1. 政 2. 組 3. 船 4. 共 5. 国 6. 老		
身 体 障 害 者 帳	1. あり (等級 ____ 級) 2. なし		介 護 認 定	1. 要介護 (要介護度 ____)			2. 要支援 3. なし		
生 活 状 況	社会活動 (1. 就労 2. 就学 3. 家事労働 4. 在宅療養 5. 入院 6. 入所 7. その他 (____)) 日常生活 (1. 正常 2. やや不自由であるが独力で可能 3. 制限があり部分介助 4. 全面介助)								
家 族 歴	1. あり 2. なし 3. 不明 ありの場合 (続柄)			受 診 状 況	1. 主に入院 2. 入院と通院半々 3. 主に通院 (____ / 月) (最近 6 か月) 4. 往診あり 5. 入通院なし 6. その他 ()				

発症と経過 (具体的に記述)

【WISH入力不要】

診 断 時 所 見	右	左	注 解
	X線所見: ① 骨頭圧潰 [crescent sign (骨頭軟骨下骨折線像)を含む] ② 骨頭内の帯状硬化像の形成	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
③ 骨シンチグラム: 骨頭の cold in hot 像	1. あり 2. なし 3. 検査なし	1. あり 2. なし 3. 検査なし	
④ MRI: 骨頭内帯状低信号像 (T1 強調像)	1. あり 2. なし 3. 検査なし	1. あり 2. なし 3. 検査なし	・ T1 強調画像でのいずれかの断面で、骨髄組織の正常信号域を分界する画像
⑤ 骨生検標本: 修復反応層を伴う骨壊死像	1. あり 2. なし 3. 検査なし	1. あり 2. なし 3. 検査なし	・ 連続した切片標本内に骨及び骨髄組織の壊死が存在し、健常域との界面に線維性組織や添加骨形成などの修復反応を認める像
(注) 診断の判定: 上記①~⑤の項目のうち, 2つ以上を満たせば確定診断とする。			
病型分類	1. A 2. B 3. C-1 4. C-2 5. 正常	1. A 2. B 3. C-1 4. C-2 5. 正常	判定できれば記入のこと
病期分類	1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 5. 正常	1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 5. 正常	判定できれば記入のこと

除 外 診 断	以下の疾患は除外する。		
	① 腫瘍及び腫瘍類似疾患	1. 除外できる	2. 除外できない
	② 骨端異形成症	1. 除外できる	2. 除外できない
	③ 外傷 (大腿骨頸部骨折, 外傷性股関節脱臼)	1. 除外できる	2. 除外できない
	④ 大腿骨頭すべり症	1. 除外できる	2. 除外できない
	⑤ 骨盤部放射線照射	1. 除外できる	2. 除外できない
	⑥ 減圧症などに合併する大腿骨頭壊死	1. 除外できる	2. 除外できない
	⑦ 小児に発生するペルテス病	1. 除外できる	2. 除外できない

鑑 別 診 断	以下の疾患が鑑別できること		
	① 一過性大腿骨頭骨萎縮症	1. 鑑別できる	2. 鑑別できない
	② 急速破壊型股関節症	1. 鑑別できる	2. 鑑別できない
	③ 骨腫瘍	1. 鑑別できる	2. 鑑別できない
	④ 骨系統疾患	1. 鑑別できる	2. 鑑別できない
	⑤ 脊椎骨端骨幹端異形成症 (spondyloepimetaphyseal dysplasia)	1. 鑑別できる	2. 鑑別できない

全身骨シンチによる 大腿骨頭以外の骨壊死		1.あり (部位:1.肩関節 2.膝関節 3.足関節 4.その他 ()) 2.なし 3.検査なし	
治 療		右	左
	治療法	1.保存療法 2.手術 (過去6か月以内及び今後6か月以内) (平成 年 月)	1.保存療法 2.手術 (過去6か月以内及び今後6か月以内) (平成 年 月)
	今回の手術術式	1.骨切り術 2.骨移植術 3.人工骨頭置換 4.人工関節置換 5.人工骨頭再置換 6.人工関節再置換 7.その他 ()	1.骨切り術 2.骨移植術 3.人工骨頭置換 4.人工関節置換 5.人工骨頭再置換 6.人工関節再置換 7.その他 ()
	以前の治療	1.骨切り術・骨移植術あり 1.骨切り術 (昭和・平成 年 月) 2.骨移植術 (昭和・平成 年 月) 3.その他 2.人工骨頭置換・人工関節置換あり 1.人工骨頭置換 (昭和・平成 年 月) 2.人工関節置換 (昭和・平成 年 月) 3.いずれもなし	1.骨切り術・骨移植術あり 1.骨切り術 (昭和・平成 年 月) 2.骨移植術 (昭和・平成 年 月) 3.その他 2.人工骨頭置換・人工関節置換あり 1.人工骨頭置換 (昭和・平成 年 月) 2.人工関節置換 (昭和・平成 年 月) 3.いずれもなし
誘 因		1.ステロイド全身投与歴あり 2.アルコール愛飲歴あり 3.両方あり 4.両方なし	
ステロイド全身投与歴が ある場合		その対象疾患(最も重要なものを1つ) 1. SLE 2. RA 3. 多発性筋炎・皮膚筋炎 4. MCTD 5. シェーグレン症候群 6. その他の膠原病 () 7. ネフローゼ症候群 8. 腎炎 9. 腎移植 10. 血小板減少性紫斑病 11. 再生不良性貧血 12. 肝炎 13. 喘息 14. 皮膚疾患 15. 眼疾患 16. その他 ()	
		上記疾患の確定診断 1.あり (昭和・平成 年 月) 2.なし 3.不明	
		ステロイド投与期間 : (年 月間) 1日最大投与量 : () mg/日 (プレドニゾロン換算)	
アルコール愛飲歴が ある場合		1日平均日本酒に換算して: () 合 飲 酒 歴 : () 年 (参考) アルコール量を換算すると ・ビール大瓶1本は、清酒一合とほぼ同じです ・ウイスキーダブル1杯は、清酒一合とほぼ同じです ・焼酎一合は、清酒一合半とほぼ同じです ・ワイン一合は、清酒一合とほぼ同じです	
医療上の問題点			
【WISH入力不要】			
医療機関名			
医療機関所在地			
電話番号 ()			
医師の氏名			
印 記載年月日:平成 年 月 日			
(軽快者の症状が悪化した場合のみ記載) 症状が悪化したことを医師が確認した年月日 平成 年 月 日			
特定疾患登録者証交付年月日 平成 年 月 日			

