

． 分担研究報告-17.

令和元年度厚生労働科学研究費補助金（難治性疾患等政策研究事業）
 脊椎関節炎の疫学調査・診断基準作成と診療ガイドライン策定を目指した大規模多施設
 研究班分担研究報告書

難病プラットフォームを利用した疾患レジストリ登録項目
 （一部のみ抜粋）

012-01

二次調査個人票(1/2)

記載日	西暦 年 月 日
調査対象者番号	S000002112
居住都道府県	出生時：() <input type="checkbox"/> 不明 発病時：() <input type="checkbox"/> 不明
推定発症年月	<input type="radio"/> 昭 <input type="radio"/> 平 <input type="radio"/> 令 年 月
確定診断した医療機関	<input type="radio"/> 貴施設 <input type="radio"/> 他施設
確定診断年月日	<input type="radio"/> 昭 <input type="radio"/> 平 <input type="radio"/> 令 年 月 日

* 本症例は AS or nr-axSpA のどちらに該当しますか。チェックしてください。診断基準は添付資料をご参照ください。

強直性脊椎炎 (Ankylosing spondylitis : AS)

X線基準を満たさない体軸性脊椎関節炎 (non-radiographic axial SpA : nr-axSpA)

1. 臨床評価(BASDAI/ASDAS)
 “患者さん” 記入欄を参考に転記をお願い致します。該当部分を選択してください。

* この一週間の脊椎関節炎の全般的な状態はいかがですか？ (患者さんによる評価)

非常に良い 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 非常に悪い

1) 倦怠感・疲労感の程度は？
 全くない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 非常に強い

2) 頸部・背中・腰・臀部の疼痛の程度は？
 全くない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 非常に強い

3) 頸部・背中・腰・臀部以外の疼痛の程度は？
 全くない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 非常に強い

4) 触れたり押したりしたときの疼痛、不快感の程度は？ (どの部位でも良い)
 全くない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 非常に強い

5) 起床時から続く「朝のこわばり」の程度は？
 全くない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 非常に強い

6) 「朝のこわばり」の持続時間は？

二次調査個人票(2/2)

身長	cm
体重	kg
家族歴	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明
発症者続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 同胞 男性 <input type="checkbox"/> 同胞 女性 <input type="checkbox"/> 祖父(父方) <input type="checkbox"/> 祖母(父方) <input type="checkbox"/> 祖父(母方) <input type="checkbox"/> 祖母(母方) <input type="checkbox"/> いとこ <input type="checkbox"/> その他 その他詳細→)
A 臨床症状	
a)腰背部疼痛(3ヶ月以上運動にて改善、安静で改善しない)	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明
b)腰椎可動域制限(Schober試験にて5cm以下)	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明
c)胸郭拡張制限(第4肋骨レベルでの呼吸時の胸囲の差2.5cm以下)	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明
末梢関節炎	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明 ありの場合、当てはまるすべてをチェックしてください <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 指 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 足趾
付着部炎	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明 ありの場合、当てはまるすべてにチェックしてください <input type="checkbox"/> 踵・アキレス腱 <input type="checkbox"/> 足底 <input type="checkbox"/> 坐骨結節 <input type="checkbox"/> 恥骨結合 <input type="checkbox"/> 大転子 <input type="checkbox"/> 棘突起 <input type="checkbox"/> 胸鎖関節 <input type="checkbox"/> その他
関節外症状	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明 ありの場合、当てはまるすべてをチェックしてください <input type="checkbox"/> 前部ぶどう膜炎 <input type="checkbox"/> 大動脈閉鎖不全 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 間質性肺炎 <input type="checkbox"/> 馬尾症候群 <input type="checkbox"/> 尿路結石 <input type="checkbox"/> その他
B 検査所見: レントゲン所見(改正New York criteria grade system)と血液検査	
両側の2度以上の仙腸関節炎像	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明