

HTLV-1 陽性 RA 手引アンケート調査 (案)

アンケート

「HTLV-1 陽性関節リウマチ患者診療の手引 (Q&A)」ご評価のお願い

以下の項目について差し支えない範囲でご記入ください。() 内には記載を、それ以外は番号を○で選択してください。可能な場合は、個人ではなく、施設・診療科全体のご意見を反映しご回答いただけますと幸いです。ご回答を得ることによって本研究への協力に同意を頂けたことといたしますのでご了承ください。

ご回答いただいた施設について

- ・ 所在地 (都道府県名) ()
- ・ 施設名：匿名可 ()
- ・ 記載者名：匿名可 ()
- ・ 診療科名・役職：匿名可 ()

I. 貴施設について伺います。

〔* 3), 4) は、貴診療施設の医師全体が診られている推定の患者数をお書きください。〕
 おわりの範囲で結構です。

1) 貴施設は

1. クリニック
2. 病院
3. 関節リウマチのセンター
4. 特定機能病院
5. その他 ()

2) 貴院の関節リウマチ患者は

1. 主に整形外科が診ている
2. 主に内科が診ている
3. 整形外科・内科で同じ程度診ている

3) 1 か月あたりの関節リウマチ患者数 (入院外来を含む) 概数

1. 10 名未満
2. 10~100 名
3. 101~500 名
4. 501 名 以上

4) HTLV-1 陽性の関節リウマチ患者の診療経験は? (2015 年~2019 年の期間)

1. ある (大よその患者数がわかればお書きください:) 名程度)
2. ない

Ⅲ. HTLV-1 陽性の関節リウマチ患者の診療経験のある先生にお聞きします。「HTLV-1 陽性関節リウマチ患者診療の手引 (Q&A)」のフローチャートでは、以下のように診療の手引きを記載しております（同封の手引を参照）。回答に○をつけていただき、理由があればお教えてください。

1) - 1 HTLV-1 抗体スクリーニング検査が陽性の場合、確認検査を実施する。

1. する
2. しない（下記に理由をご教示ください：自由記載）

“しない”の理由：

[]

1) - 2 HTLV-1 抗体確認検査としては 2019 年より従来のウエスタンブロット法は受注中止となり、新たなラインブロット法（LIA 法）に移行しておりますが、ご存知でしたでしょうか？（手引きに記載なし）

1. はい
2. いいえ

2) 治療開始時に ATL,HAM,ぶどう膜炎（HAU）を疑わせる所見がないか確認する。

1. する
2. しない（下記に理由をご教示ください：自由記載）

“しない”の理由：

[]

3) 治療開始時に ATL,HAM,ぶどう膜炎（HAU）を疑わせる所見があれば専門医に相談する。

1. する
2. しない（下記に理由をご教示ください：自由記載）

“しない”の理由：

[]

4) 治療開始時に ATL,HAM,HAU(ぶどう膜炎)の一般的発症リスクについて説明する。

1. する
2. しない (下記に理由をご教示ください:自由記載)
“しない”の理由:

[]

5) 治療開始後に ATL,HAM,HAU(ぶどう膜炎)の発症に注意しながらフォローアップする。

1. する
2. しない (下記に理由をご教示ください:自由記載)
“しない”の理由:

[]

IV. 「HTLV-1 陽性関節リウマチ患者診療の手引 (Q&A)」に追加が必要と思われる項目がありますか?
あればご教示ください。

[]

V. そのほかご質問・コメントがあればご自由にお書きください。

[]

ご協力ありがとうございました