

071 特発性大腿骨頭壊死症

■ 行政記載欄

受給者番号		判定結果	☐ 認定 ☐ 不認定
-------	---	------	--

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号								
住所								
生年月日	西暦		年		月		日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	☐ 1. 男 ☐ 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明							
	発症者続柄							
	☐ 1. 父 ☐ 2. 母 ☐ 3. 子 ☐ 4. 同胞 (男性) ☐ 5. 同胞 (女性) ☐ 6. 祖父 (父方) ☐ 7. 祖母 (父方) ☐ 8. 祖父 (母方) ☐ 9. 祖母 (母方) ☐ 10. いとこ ☐ 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入							
	続柄							
発症年月	西暦		年		月			

社会保障	
介護認定	☐ 1. 要介護 ☐ 2. 要支援 ☐ 3. なし
要介護度	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
生活状況	
移動の程度	☐ 1. 歩き回るのに問題はない ☐ 2. いくらか問題がある ☐ 3. 寝たきりである
身の回りの管理	☐ 1. 洗面や着替えに問題はない ☐ 2. いくらか問題がある ☐ 3. 自分でできない
ふだんの活動	☐ 1. 問題はない ☐ 2. いくらか問題がある ☐ 3. 行うことができない
痛み／不快感	☐ 1. ない ☐ 2. 中程度ある ☐ 3. ひどい
不安／ふさぎ込み	☐ 1. 問題はない ☐ 2. 中程度 ☐ 3. ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる

■ 診断基準に関する事項

A. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

X線所見（股関節単純X線の正面像及び側面像で判断する。関節裂隙の狭小化がないこと、臼蓋には異常所見がないことを要する）		
1. 骨頭圧潰 [crescent sign （骨頭軟骨下骨折線像）を含む] の有無	右	☐ 1. あり ☐ 2. なし
	左	☐ 1. あり ☐ 2. なし
2. 骨頭内の帯状硬化像の形成の有無	右	☐ 1. あり ☐ 2. なし
	左	☐ 1. あり ☐ 2. なし
骨シンチグラム		
3. 骨頭の cold in hot 像の有無	右	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 検査なし
	左	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 検査なし
MRI		
4. 骨頭内帯状低信号域（T1 強調画像での、 骨髄組織の正常信号域を分界する像）の 有無	右	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 検査なし
	左	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 検査なし

骨生検標本		
5. 修復反応層を伴う骨及び骨髄組織の壊死像の有無	右	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 検査なし
	左	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 検査なし
全身骨シンチによる大腿骨頭以外の骨壊死		
6. 全身骨シンチによる大腿骨頭以外の骨壊死の有無		☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 検査なし
	部位	☐ 1. 肩関節 ☐ 2. 膝関節 ☐ 3. 足関節 ☐ 4. その他

B. 鑑別診断

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。 除外できた疾病には☑を記入する。	☐ 1. 全て除外可 ☐ 2. 除外不可 ☐ 3. 不明
☐ 1. 一過性大腿骨頭骨萎縮症 ☐ 2. 急速破壊型股関節症 ☐ 3. 大腿骨頭軟骨下脆弱性骨折 ☐ 4. 腫瘍及び腫瘍類似疾患 ☐ 5. 骨端異形成症 ☐ 6. 外傷（大腿骨頸部骨折、外傷性股関節脱臼） ☐ 7. 大腿骨頭すべり症 ☐ 8. 骨盤部放射線照射 ☐ 9. 減圧症などに合併する大腿骨頭壊死 ☐ 10. 小児に発生するペルテス病 ☐ 11. 医薬品副作用被害救済制度で副作用認定されているもの	

<診断のカテゴリー>

Definite：A-1～5のうち、2項目以上を満たす	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当
-----------------------------	--

症状の概要、経過、特記すべき事項など *250文字以内かつ7行以内

--

■ 発症と経過

発症年月（未発症は空欄）	右	西暦					年			月
	左	西暦					年			月
生活歴										
飲酒歴	☐ 1. あり ☐ 2. なし									
	頻度				日/	単位	☐ 1. 週 ☐ 2. 月 ☐ 3. 年			
	1 日平均日本酒に換算した酒量 注 1)									合
	年数									年
	注 1) アルコール量を日本酒 1 合に換算すると、ビール大瓶 1 本、 ウイスキーダブル 1 杯、焼酎 2/3 合、ワイン 1/3 本									
喫煙歴	☐ 1. あり ☐ 2. なし									
	期間				年	1 日平均本数				本
経過										
ステロイド全身投与歴	☐ 1. あり ☐ 2. なし									
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の有無	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明									
	確定診断の時期	西暦					年			月
ステロイド投与期間	か月間									
	1 日最大投与量				mg/日 注 2)					
注 2) 一日最大投与量（パルス療法は含まない） （プレドニゾロン換算：プレドニン 1T（5mg）＝ メドロール 1T（4mg）＝ リンデロン 1T（0.5mg））										

■ 治療その他

今回の治療法	
右股関節の治療法	☐ 1. 保存療法 ☐ 2. 手術（過去 6 か月以内及び今後 6 か月以内）
	時期 西暦 年 月
	手術の術式 ☐ 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
左股関節の治療法	☐ 1. 保存療法 ☐ 2. 手術（過去 6 か月以内及び今後 6 か月以内）
	時期 西暦 年 月
	手術の術式 ☐ 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

以前の治療法（更新）	
右股関節の治療法	☐ 1. 骨切り術・骨移植術あり ☐ 2. 人工骨頭置換・人工関節置換あり ☐ 3. いずれもなし
	骨切り術・骨移植術の種類 ☐ 1. 骨切り術 ☐ 2. 骨移植術 ☐ 3. その他
	骨切り術の時期 西暦 年 月
	骨移植術の時期 西暦 年 月
	人工骨頭置換・人工関節置換の種類 ☐ 1. 人工骨頭置換 ☐ 2. 人工関節置換
	人工骨頭置換の時期 西暦 年 月
	人工関節置換の時期 西暦 年 月

左股関節の治療法	☐ 1. 骨切り術・骨移植術あり ☐ 2. 人工骨頭置換・人工関節置換あり ☐ 3. いずれもなし	
	骨切り術・骨移植術の種類	☐ 1. 骨切り術 ☐ 2. 骨移植術 ☐ 3. その他
	骨切り術の時期	西暦 年 月
	骨移植術の時期	西暦 年 月
	人工骨頭置換・人工関節置換の種類	☐ 1. 人工骨頭置換 ☐ 2. 人工関節置換
	人工骨頭置換の時期	西暦 年 月
	人工関節置換の時期	西暦 年 月

■ 重症度分類に関する事項

病型分類		
特発性大腿骨頭壊死症の壊死域局在による病型分類	右	☐ 1. Type A ☐ 2. Type B ☐ 3. Type C-1 ☐ 4. Type C-2 ☐ 5. 正常
	左	☐ 1. Type A ☐ 2. Type B ☐ 3. Type C-1 ☐ 4. Type C-2 ☐ 5. 正常
病期分類		
特発性大腿骨頭壊死症の病期(Stage) 分類	右	☐ 1. Stage 1 ☐ 2. Stage 2 ☐ 3. Stage 3A ☐ 4. Stage 3B ☐ 5. Stage 4 ☐ 6. 正常
	左	☐ 1. Stage 1 ☐ 2. Stage 2 ☐ 3. Stage 3A ☐ 4. Stage 3B ☐ 5. Stage 4 ☐ 6. 正常

日本整形外科学会股関節機能判定基準 (JOA Hip score)					
疼痛	評価				
	1. 股関節に対する愁訴が全くない (40 点) 2. 不安定愁訴 (違和感、疲労感) があるが、痛みはない (35 点) 3. 歩行時痛みはない (ただし歩行開始時あるいは長距離歩行後疼痛を伴うことがある) (30 点) 4. 自発痛はない。歩行時疼痛はあるが、短時間の休憩で消退する (20 点) 5. 自発痛はときどきある。歩行時疼痛があるが、休息により軽快する (10 点) 6. 持続的に自発痛または夜間痛がある (0 点)				
	点数	右： 点		左： 点	
可動域	評価				
	屈曲：関節角度を 10 度刻みとし、10 度毎に 1 点。ただし 120 度以上はすべて 12 点とする。 (屈曲拘縮のある場合にはこれを引き、可動域で評価)	右	度	点	
		左	度	点	
	外転：関節角度を 10 度刻みとし、0 度以下を 0 点、1 度以上 10 度未満を 2 点、10 度以上 20 度未満を 4 点、20 度以上 30 度未満を 6 点、30 度以上は 8 点とする。	右	度	点	
		左	度	点	
合計点数	右： 点		左： 点		
歩行能力	評価				
	1. 長距離歩行、速歩が可能。歩容は正常 (20 点) 2. 長距離歩行、速歩が可能であるが、跛行を伴うことがある (18 点) 3. 杖なしで、約 30 分または 2km 歩行可能である。跛行がある。日常の屋外活動にはほとんど支障がない (15 点) 4. 杖なしで、10～15 分程度、あるいは約 500m 歩行可能であるが、それ以上の場合 1 本杖が必要である。跛行がある (10 点) 5. 屋内活動はできるが、屋外活動は困難である。屋外では 2 本杖を必要とする (5 点) 6. ほとんど歩行不能 (0 点)				
	点数	右： 点		左： 点	

日常生活動作	腰掛け		☐ 1. 容易 (4 点) ☐ 2. 困難 (2 点) ☐ 3. 不可 (0 点)	
	立ち仕事 (家事を含む) (持続時間約 30 分。休憩を要する場合には困難とする。5 分くらいしかできない場合は不可とする)		☐ 1. 容易 (4 点) ☐ 2. 困難 (2 点) ☐ 3. 不可 (0 点)	
	しゃがみこみ・立ち上がり (支持が必要な場合は困難とする)		☐ 1. 容易 (4 点) ☐ 2. 困難 (2 点) ☐ 3. 不可 (0 点)	
	階段の昇り降り (手すりを要する場合は困難とする)		☐ 1. 容易 (4 点) ☐ 2. 困難 (2 点) ☐ 3. 不可 (0 点)	
	車、バスなどの乗り降り		☐ 1. 容易 (4 点) ☐ 2. 困難 (2 点) ☐ 3. 不可 (0 点)	
	合計点数		点	
合計と判定	右合計	点		
	右判定	☐ 1. 優 (90 点以上) ☐ 2. 良 (80 点以上 90 点未満) ☐ 3. 可 (70 点以上 80 点未満) ☐ 4. 不可 (70 点未満)		
	左合計	点		
	左判定	☐ 1. 優 (90 点以上) ☐ 2. 良 (80 点以上 90 点未満) ☐ 3. 可 (70 点以上 80 点未満) ☐ 4. 不可 (70 点未満)		

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

使用の有無	☐ 1. あり
開始時期	西暦 年 月
離脱の見込み	☐ 1. あり ☐ 2. なし
種類	☐ 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器 ☐ 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器
施行状況	☐ 1. 間欠的施行 ☐ 2. 夜間に継続的に施行 ☐ 3. 一日中施行 ☐ 4. 現在は未施行

生活状況	食事	☐ 自立	☐ 部分介助	☐ 全介助
	車椅子とベッド間の移動	☐ 自立	☐ 軽度介助	☐ 部分介助 ☐ 全介助
	整容	☐ 自立	☐ 部分介助/不可能	
	トイレ動作	☐ 自立	☐ 部分介助	☐ 全介助
	入浴	☐ 自立	☐ 部分介助/不可能	
	歩行	☐ 自立	☐ 軽度介助	☐ 部分介助 ☐ 全介助
	階段昇降	☐ 自立	☐ 部分介助	☐ 不能
	着替え	☐ 自立	☐ 部分介助	☐ 全介助
	排便コントロール	☐ 自立	☐ 部分介助	☐ 全介助
	排尿コントロール	☐ 自立	☐ 部分介助	☐ 全介助

医療機関名												
指定医番号												
医療機関所在地												
電話番号												
	*ハイフンを除き、左詰めで記入											
医師の氏名	印 ※自筆または押印のこと											
記載年月日	西暦					年			月			日
診断年月日	西暦					年			月			日

- ・病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、診断基準上に特段の規定がない場合には、いずれの時期のものを用いても差し支えありません。（ただし、当該疾病の経過を示す臨床症状等であって、確認可能なものに限ります。）
- ・治療開始後における重症度分類については、適切な医学的管理の下で治療が行われている状態で、直近 6 か月間で最も悪い状態を記載してください。
- ・診断基準、重症度分類については、
「指定難病に係る診断基準及び重症度分類等について」（平成 26 年 11 月 12日健発 1112 第 1 号健康局長通知）を参照の上、ご記入ください。
- ・診断年月日欄には、本臨床調査個人票に記載された内容を診断した日を記載してください。
- ・審査のため、検査結果等について別途提出をお願いすることがあります。