

50 皮膚筋炎／多発性筋炎

P4

<診断のカテゴリー>

- 1. 皮膚症状：a～c のいずれか1項目以上を満たす
 - a. ヘリオトロープ疹
 - b. ゴットロン丘疹
 - c. ゴットロン徴候
- 2. 上肢または下肢の近位筋の筋力低下
- 3. 筋肉の自発痛または把握痛
- 4. 血清中筋原性酵素の上昇
 - クレアチンキナーゼ
 - アルドラーゼ
- 5. 筋炎を示す筋電図変化
- 6. 骨破壊を伴わない関節炎または関節痛
- 7. 全身性炎症所見
 - 発熱
 - CRP 上昇
 - 赤沈亢進
- 8. 抗アミノアシル tRNA 合成酵素抗体（抗 Jo-1 抗体を含む）陽性
- 9. 筋生検で筋炎の病理所見：筋線維の変性および細胞浸潤

P2

■ 診断基準に関する事項

A. 症状

診断年月	診断時または最重症時	西暦	年	月
発熱	38 度以上の発熱が2週間以上継続	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
皮膚症状	ヘリオトロープ疹：両側または片側の粗輪郭の紫紅色浮腫性紅斑	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
	ゴットロン丘疹：手指関節背面の丘疹	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
	ゴットロン徴候：手指関節背面および四肢関節背面の紅斑	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明

P3

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

血液検査		赤沈	CRP	クレアチンキナーゼ	アルドラーゼ	抗アミノアシル tRNA 合成酵素抗体 (抗 Jo-1 抗体を含む)	筋電図	筋生検	皮膚生検
赤沈	<input type="checkbox"/>	mm/hr	<input type="checkbox"/>	mg/dL	上昇の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	筋炎を示す筋電図変化 (随意収縮時の低振幅電位、安静時自発電位など)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未実施	皮膚筋炎に合致する皮膚病理所見 (無筋症性皮膚筋炎の場合には、皮膚病理所見を提出)
クレアチンキナーゼ	<input type="checkbox"/>	U/L	上昇の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	筋炎を示す筋電図変化 (随意収縮時の低振幅電位、安静時自発電位など)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	筋炎の病理所見 (筋線維の変性および細胞浸潤)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未実施	
アルドラーゼ	<input type="checkbox"/>	U/L	上昇の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	筋炎を示す筋電図変化 (随意収縮時の低振幅電位、安静時自発電位など)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	筋炎の病理所見 (筋線維の変性および細胞浸潤)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未実施	
抗アミノアシル tRNA 合成酵素抗体 (抗 Jo-1 抗体を含む)	陽性	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	筋炎を示す筋電図変化 (随意収縮時の低振幅電位、安静時自発電位など)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	筋炎の病理所見 (筋線維の変性および細胞浸潤)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未実施	皮膚筋炎に合致する皮膚病理所見 (無筋症性皮膚筋炎の場合には、皮膚病理所見を提出)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未実施	

関連項目が多岐にわたるため、記載誤りの多い項目です。整合性にご注意ください。

50 皮膚筋炎／多発性筋炎②

P4

<診断のカテゴリー>

- 皮膚筋炎：以下の1.を満たし、かつ経過中に2.～9.のうち4項目以上を満たすもの
- 無筋症性皮膚筋炎：以下の1.のみを満たし皮膚病理学的所見が皮膚筋炎に合致するもの
- 多発性筋炎：以下の2.～9.のうち4項目以上を満たすもの
- いずれにも該当しない

P3

皮膚生検

皮膚筋炎に合致する皮膚病理所見
(無筋症性皮膚筋炎の場合には、皮膚病理所見を提出)

1. あり 2. なし 3. 未実施

無筋症性皮膚筋炎の場合には、添付書類として皮膚病理所見が必須です。
併せてご提出ください。