**リウマチ性疾患ケア指導記録**

|  |  |
| --- | --- |
| 指導患者名簿の左端にある患者番号 |  |

該当するものすべてに☑してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年　代 | 　　　　　　　　　歳代 | 性　別 | □男　　　　□女 |
| 施設名 |  | 転　帰 | □寛　解□継続中□中　止□転　院□死　亡 | 令和　　 年　　 月 |
| 診断名 | ※指導患者名簿と同じ診断名 |
| 合併症 | ※現在治療中のリウマチ性疾患以外の病名を記入 | 診療区分 | □外　来□入　院 | 職　業 | ※該当がない場合は「無し」等と記入 |
| 既往歴 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □胃十二指腸潰瘍 | □炎症性背部痛 | □結核 |
| □悪性腫瘍□糖尿病□その他 | □心不全□大腸憩室症□無し | □肝炎□COPD |

 | 家族歴 |

|  |
| --- |
| □リウマチ性疾患 |
| □結核 |

 |
| **診　断**

|  |  |
| --- | --- |
| 罹患関節 (腫脹又は圧痛)  | 血液の検査 |
|  | □MCP関節 | □PIP　 |  | □リウマトイド因子陽性 | □CRP上昇 |
|  | □手関節 | □膝関節　 |  | □抗CCP抗体陽性　 | □赤沈 亢進 |
|  | □MTP | □その他 |  | □抗核抗体陽性 |  |

 |
| **治　療 ：現在および過去の処方（過去の処方については分かる範囲でよい)**

|  |  |
| --- | --- |
| **経口DMARDs** | **生物学的製剤・JAK阻害剤・ステロイド剤など** |
|  | □イグラチモド　　　　　　□サラゾスルファビリジン　 |  | □TNF阻害薬　　　　　 □IL- 6阻害薬　　　　　　 |
|  | □タクロリムス　　　　　　□ブシラミン　　　　　　　□メトトレキサート　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　） |  | □T細胞共刺激阻害薬　　 □JAK阻害剤　　　　　　□副腎皮質ステロイド　　 □NSAIDs　　　　　　　 □その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| 関節手術　　□あり　 （部位・　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  |

 |
| ケア及び指導内容 | ※看護師として介入した具体的な指導内容を記載してください。※同一施設内において、他の申請者と同一症例を担当した場合であっても、「リウマチ性疾患ケア指導記録」の対象とすることは可能です。ただし、その場合は、申請者自身が担当した内容について個別性をもって記載してください。他の申請者と同一内容の記載は認められません。 |
| 備　考 | ※該当がない場合は「無し」等と記入 |

※略語（病名・薬物名）の扱いは、リウマチ性疾患ケア指導患者名簿と同等とします。

※ケア及び指導内容については、文字数を600文字から700文字で作成してください。フォントサイズは10.5を推奨します。

|  |
| --- |
| 申請者氏名　 |

※転帰について空欄が目立ちます。継続中の場合は作成した年月を記入してください。

※**記載例を十分に参考にしてください。**

※上記の赤字によるコメントは、作成の際には消してからご使用ください。