保険

リウマチ性疾患保健相談・指導患者・家族名簿、講演等一覧

**（保健所等の職員）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者番号 | 保健所等名 | 性別 | 年代 | 診　断　名 | 主な相談・指導・講演等の内容（画一的でなく、症例毎に個別的に記載） |
| **1** |  | 男・女 | 歳代 | ※関節リウマチ（RA）を1例でも含むことが望ましい。 |  |
| **2** |  | 男・女 | 歳代 |  |  |
| **3** |  | 男・女 | 歳代 |  |  |
| **4** |  | 男・女 | 歳代 |  |  |
| **5** |  | 男・女 | 歳代 |  |  |
| **6** |  | 男・女 | 歳代 |  |  |
| **7** |  | 男・女 | 歳代 |  |  |
| **8** |  | 男・女 | 歳代 |  |  |
| **9** |  | 男・女 | 歳代 |  |  |
| **10** |  | 男・女 | 歳代 |  |  |

|  |
| --- |
| 申請者氏名 |

※講演の場合は、プログラムを添付してください。

（リウマチ性疾患保健相談・指導患者・家族名簿等記録の提出は必要ありません。）

※診断名については、10例中にRA（関節リウマチ）の症例を含むことを望ましいとしていますので、RA（関節リ

ウマチ）があれば優先的に記入してください。リウマチ性疾患ではない「骨折」等は対象となりません。

「リウマチ性疾患一覧表」は財団ホームページを参照してください。

※上記の赤字によるコメントは、作成の際は消してからご使用ください。

※本申請に記載可能な略語は、次の通りです。下記以外の病名や薬物名の略語の使用はできませんので、下記以

外の略語を使う場合は、初出箇所にfull spellingと略語を記載し、以降は略語で記載して頂いて結構です。

（例：治療薬としてはMTXにトファシチニブ(TOF)を追加した。TOF併用により・・・・・）

【病名】

OA：変形性関節症（osteoarthritis）

RA：関節リウマチ（rheumatoid arthritis）

SLE：全身性エリテマトーデス（systemic lupus erythematosus）

【薬物名】「日本リウマチ学会リウマチ学用語・WEB検索」（https://www.ryumachi-jp.com/yougo/search.php）参照

・副腎皮質ステロイド（グルココルチコイド）　　　・生物学的製剤（bDMARDs）

PSL：プレドニゾロン　　　　　　　　　　　　　　 ABT：アバタセプト

　 ・従来型抗リウマチ薬（csDMARDs）　　　　　　　　 ADA：アダリムマブ

BUC：ブシラミン　　　　　　　　　　　　　　　 CZP：セルトリズマブ　ペゴル

LEF：レフルノミド　　　　　　　　　　　　　　 ETN：エタネルセプト

MTX：メトトレキサート　　　　　　　　　　　　 GLM：ゴリムマブ

SASP：サラゾスルファピリジン　　　　　　　　 IFX：インフリキシマブ

TAC：タクロリムス　　　　　　　　　　　　　　 OZR：オゾラリズマブ

　　・JAK阻害薬　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 SAR: サリルマブ

BAR：バリシチニブ　 TCZ：トシリズマブ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FIL：フィルゴチニブ　　　　　　　　　　　 　・バイオシミラー（BS)

PEF：ペフィシチニブ　　　　　　　　　　　　　 ADA BS：アダリムマブバイオシミラー

TOF：トファシチニブ　　　　　　　　　　　　　　 ETN BS：エタネルセプトバイオシミラー

UPA：ウパダシチニブ　　　　　　　　　　　　　 IFX BS：インフリキシマブバイオシミラー