

224 紫斑病性腎炎

■ 基本情報

氏名					
姓(漢字)	名(漢字)				
姓(かな)	名(かな)				
住所					
郵便番号	住所				
生年月日等					
生年月日	西暦	年	月	日	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(漢字)	名(漢字)			
	姓(かな)	名(かな)			
家族歴					
近親者の発症者の有無	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()				
両親の近親結婚	1.あり 2.なし 3.不明 詳細:				
発病時の状況					
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

症状の概要、経過、特記すべき事項など

--	--

A. 症状

1. 隆起性の紫斑	1.該当 2.非該当 3.不明
2. 急性の腹部痙攣	1.該当 2.非該当 3.不明
3. 生検組織での小動静脈壁の顆粒球の存在	1.該当 2.非該当 3.不明
4. 年齢が20歳以下	1.該当 2.非該当 3.不明

B. 尿検査所見

顕微鏡的血尿または蛋白尿	1.該当 2.非該当 3.不明
--------------	-----------------

C. 腎生検病理組織所見 (該当する項目に□を記入する)

□光顕所見: メサンギウム増殖性変化を主体とする多彩な病変
□蛍光抗体法または酵素抗体法所見: IgA の顆粒状沈着
□電顕所見: 高電子密度物質の沈着

*病理所見レポートの添付を要す

<診断のカテゴリー>

A. 症状のうち2項目以上、およびB. 尿所見異常とC. 腎生検病理組織診断を満たして確定できる	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
--	--------------------

■ 臨床所見

関節炎	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
-----	--------------------

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に□を記入する)

1) 國際小児腎臓病研究班 (ISKDC) による紫斑病性腎炎の組織分類と予後

<input type="checkbox"/> Grade I : 微小変化	<input type="checkbox"/> Grade II : メサンギウム増殖のみ
<input type="checkbox"/> Grade III (a) : 巢状	<input type="checkbox"/> Grade III (b) : びまん性メサンギウム増殖、半月体形成<50%
<input type="checkbox"/> Grade IV (a) : 巢状	<input type="checkbox"/> Grade IV (b) : びまん性メサンギウム増殖、半月体形成 50~75%
<input type="checkbox"/> Grade V (a) : 巢状	<input type="checkbox"/> Grade V (b) : びまん性メサンギウム増殖、半月体形成>75%
<input type="checkbox"/> Grade VI : 膜性増殖性腎炎様病変	

2) CKD 重症度分類ヒートマップ

□赤	□オレンジ	□黄	□緑
①GFR 区分 (mL/分/1.73 m ²)	<input type="checkbox"/> G1 (正常または高値: ≥90) <input type="checkbox"/> G3a (軽度～中等度低下: 45～59) <input type="checkbox"/> G4 (高度低下: 15～29)	<input type="checkbox"/> G2 (正常または軽度低下: 60～89) <input type="checkbox"/> G3b (中等度～高度低下: 30～44) <input type="checkbox"/> G5 (末期腎不全 (ESKD) : <15)	
②蛋白尿区分 尿蛋白定量(g/日)あるいは尿蛋白/Cr 比(g/gCr)	<input type="checkbox"/> A1 (正常 0.15 未満) <input type="checkbox"/> A3 (高度蛋白尿 0.50 以上)	<input type="checkbox"/> A2 (軽度蛋白尿 0.15～0.49)	

3) 尿検査所見

蛋白尿>0.5g/日	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
------------	--------------------

■ 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.気管切開口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 整容 入浴 階段昇降 排便コントロール	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助/不可能 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助/不可能 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 不能 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 車椅子とベッド間の移動 トイレ動作 歩行 着替え 排尿コントロール <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助

医療機関名	指定医番号
医療機関所在地	電話番号 ()
医師の氏名	印 記載年月日：平成 年 月 日
※自筆または押印のこと	

- ・病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関する、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ヶ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27年5月13日健発0513第1号健康局長通知)を参照の上、ご記入ください。
- ・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。