

228 閉塞性細気管支炎

■ 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 (該当する項目に□を記入する)

1.労作時呼吸困難	1.あり 2.なし 3.不明
mMRC グレード分類(□ 0 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4)	
2.咳嗽	1.あり 2.なし 3.不明
3.喀痰	1.あり 2.なし 3.不明

B. 検査所見

1. (1)画像検査所見(胸部X線写真:ほぼ正常かわずかな過膨張)	1.該当 2.非該当 3.不明
1. (2)画像検査所見(高分解能CTの吸気相・呼気相での撮影における空気捕らえ込み現象)	1.該当 2.非該当 3.不明
2.生理学的所見(肺機能検査により閉塞性換気障害)	1.該当 2.非該当 3.不明
3.病理所見(肺生検組織により主に小気管支から膜性細気管支領域における粘膜下や細気管支周辺の線維化・瘢痕化による気道内腔の狭窄あるいは閉塞所見が斑紋状に分布)	1.該当 2.非該当 3.不明

C. 鑑別診断

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。除外できた疾患には <input checked="" type="checkbox"/> を記入する。	1. 全て除外可 2. 除外不可 3. 不明
<input type="checkbox"/> びまん性汎細気管支炎 <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 間質性肺疾患 <input type="checkbox"/> 肺移植や骨髄移植などの移植後発症及び薬剤性 や揮発性物質の吸入、膠原病、その他の疾患に伴う閉塞性細気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺移植や骨髄移植などの移植後発症 <input type="checkbox"/> 薬剤性	
<input type="checkbox"/> 挥発性物質の吸入 <input type="checkbox"/> 膠原病 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()

<診断のカテゴリー> (該当する項目にを記入する)

<input type="checkbox"/> Definite : A. 症状のうち 1. を満たすこと + B. 検査所見のうち 3. を満たし C. 鑑別診断の鑑別すべき疾患を除外したもの
<input type="checkbox"/> Probable : A. 症状のうち 1. を満たすこと + B. 検査所見のうち 1. と 2. を満たし C. 鑑別診断の鑑別すべき疾患を除外したもの

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目にを記入する)

閉塞性細気管支炎症候群 (BOS) の病期分類 FEV1 () %

<input type="checkbox"/> BOS 0 (FEV1≥80%)	<input type="checkbox"/> BOS 1 (FEV1 66-80%)	<input type="checkbox"/> BOS 2 (FEV1 51-65%)	<input type="checkbox"/> BOS 3 (FEV1<50%)
---	--	--	---

■ 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	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。