

254-2 ポルフィリン症（遺伝性コプロポルフィリン症(Hereditary Coproporphria: HCP))

■ 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.いづらか問題がある 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.いづらか問題がある 3.自分でできない		
ふだんの活動	1.問題はない 2.いづらか問題がある 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. 臨床所見

①思春期以降に発症する。	1.該当 2.非該当 3.不明
②種々の程度の腹痛、嘔吐、便秘(消化器症状)	1.該当 2.非該当 3.不明
③四肢脱力、けいれん、精神異常(精神神経症状)	1.該当 2.非該当 3.不明
④高血圧、頻脈、発熱など(自律神経症状)	1.該当 2.非該当 3.不明
⑤皮膚症状(光線過敏症)	1.該当 2.非該当 3.不明

B. 検査所見(発作時)

①尿中δ-アミノレブリン酸(ALA)の著明な増加:正常値平均値の1.5倍以上 ポルホビリノゲン(PBG)の著明な増加:正常値平均値の2倍以上	1.該当 2.非該当 3.不明
②尿中ウロポルフィリンの著明な増加:正常値平均値の2倍以上 コプロポルフィリンの著明な増加:正常値平均値の3倍以上	1.該当 2.非該当 3.不明
③赤血球中プロトポルフィリンは正常	1.該当 2.非該当 3.不明

C. 遺伝学的検査

遺伝子検査の実施	1. 実施 2. 未実施 3. 不明
実施した場合、異常がある項目に☑を記入する	
<input type="checkbox"/> コプロポルフィリノーゲン酸化酵素遺伝子	
備考 ()	

※その他の遺伝子検査を実施した場合や詳細な所見の記載が必要な場合には備考欄に記入する。

D. 鑑別診断

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。除外できた疾病には☑を記入する。	1. 全て除外可 2. 除外不可 3. 不明
<input type="checkbox"/> 器質的病変を基盤とする急性腹症 (胆石発作、尿路結石など) <input type="checkbox"/> イレウス <input type="checkbox"/> 虫垂炎 <input type="checkbox"/> ヒステリー <input type="checkbox"/> 鉛中毒症	
<input type="checkbox"/> 他のポルフィリン症	

E. 参考事項

発作の誘因 (ある種の薬物、生理前や妊娠、出産など性ホルモンのアンバランス、タバコ、アルコール、感染症、カロリー摂取不足、各種ストレス) がある	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
糞便中コプロポルフィリンの増加: 正常値平均値の約 360 倍	1. 該当 2. 非該当 3. 不明

<診断のカテゴリー> (該当する項目に☑を記入する)

<input type="checkbox"/> A. 臨床所見のいずれか、およびBの①から③を全て満たし、D. 鑑別診断を否定できるもの
<input type="checkbox"/> A. 臨床所見のいずれか、およびCを満たし、D. 鑑別診断を否定できるもの

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に☑を記入する)

<input type="checkbox"/> ①患者の手掌大以上の大きさの水疱・びらんを伴う日光皮膚炎がある
<input type="checkbox"/> ②手指の機能全廃またはそれに準じる障害
<input type="checkbox"/> ③直近1年間で2回以上入院加療を要する程度の腹部痙攣発作がある
<input type="checkbox"/> ④直近1年間で2回以上入院加療を要する程度の脱水症状を伴う下痢を認める
<input type="checkbox"/> ⑤直近1年間で2回以上入院加療を要する程度の腸閉塞症状を呈する便秘を認める
<input type="checkbox"/> ⑥CHILD 分類でClassB 以上の肝機能障害を認める
<input type="checkbox"/> ⑦血中ヘモグロビン濃度が 10.0g/dL 未満となる溶血性貧血

■ 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	<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	<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
	整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助/不可能	トイレ動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助/不可能	歩行	<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
	階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 不能	着替え	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	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	排尿コントロール	<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ヵ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。