

254-5 ポルフィリン症（晩発性皮膚ポルフィリン症(Porphyria Cutanea Tarda, PCT)）

■ 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

光線過敏症状：日光曝露後に露光部に痒みを伴った発赤、腫脹を示す	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
---------------------------------	--------------------

B. 臨床所見

①皮膚症状：露光部の発赤、水疱、びらん、露光部の瘢痕、色素沈着、多毛	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
②肝機能障害	1. 該当 2. 非該当 3. 不明

C. 検査所見

①尿中ウロポルフィリンの著明な増加：正常値平均値の6倍以上 ヘプタカルボキシルポルフィリンの著明な増加：正常値平均値の10倍以上	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
②尿中ポルホビリノゲン・δ - アミノレブリン酸は正常範囲	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
③赤血球中プロトポルフィリン・コプロポルフィリンは正常範囲	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
④露光部皮膚の血管周囲におけるPAS陽性物質の沈着	1. 該当 2. 非該当 3. 不明

4) 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	
□ウロボルフィリノーゲン脱炭酸酵素遺伝子	
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. 遺伝学的検査

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□を記入する。	1. 全て除外可 2. 除外不可 3. 不明
□他の光線過敏性疾患（多形日光疹、慢性光線過敏性皮膚炎、光線過敏型葉疹など）	□他のポルフィリン症
□偽ポルフィリン症（臨床症状、病理所見は晩発性皮膚ポルフィリン症と類似するが、ポルフィリンの代謝異常を伴わない。）	
□多ハロゲン芳香族化合物（ダイオキシン、PCB、ヘキサクロルベンゼンなど）によるもの	

E. 参考事項

① 誘発の原因（飲酒、鉄剤、エストロゲン製剤、経口避妊薬など）	1. あり 2. なし 3. 不明
---------------------------------	-------------------

<診断のカテゴリー> (該当する項目に□を記入する)

□A. 症状、およびCの①、③の全てを満たし、E. 鑑別診断を否定できるもの
□B. 臨床所見のいずれか、およびD. 遺伝学的検査を満たし、E. 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)

□ 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
□ ②手指の機能全廃またはそれに準じる障害
□ ③直近1年間で2回以上入院加療を要する程度の腹部疝痛発作がある
□ 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
□ 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
□ ⑥CHILD分類でClassB以上の肝機能障害を認める
□ 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 整容 入浴 階段昇降 排便コントロール	□自立 □部分介助 □全介助 □自立 □部分介助/不可能 □自立 □部分介助/不可能 □自立 □部分介助 □不能 □自立 □部分介助 □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	□自立 □軽度介助 □部分介助 □全介助 □自立 □部分介助 □全介助 □自立 □軽度介助 □部分介助 □全介助 □自立 □部分介助 □全介助 □自立 □部分介助 □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、当該疾病的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。