300-5　IgG4関連疾患　（IgG4関連腎臓病）

□ 新規　□ 更新

**■　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・所見**

|  |  |
| --- | --- |
| １．尿所見、腎機能検査に何らかの異常を認め、血液検査にて高IgG血症、低補体血症、高IgE血症のいずれかを認める | 1.該当　2.非該当 3.不明 |
| ２．画像上特徴的な異常所見（びまん性腎腫大、腎実質の多発性造影不良域、単発性腎腫瘤（hypovascular）、腎盂壁肥厚病変）を認める | 1.該当　2.非該当 3.不明 |
| ３．血液学的に高IgG4血症（135 mg/dL以上）を認める | 1.該当　2.非該当 3.不明 |
| ４．病理組織診断施行の場合、腎臓の病理組織学的に以下の2つの所見を認める | 1.施行（生検・手術）2．未施行 |
| a.著明なリンパ球、形質細胞の浸潤を認める。ただし、IgG4/IgG陽性細胞比40％以上、またはIgG4陽性形質細胞が10/HPFを超える。 | 1.該当　2.非該当 3.不明 |
| b.浸潤細胞を取り囲む特徴的な線維化を認める | 1.該当　2.非該当 3.不明 |
| ５．腎臓以外の臓器の病理組織学的に著明なリンパ球、形質細胞の浸潤を認める。ただし、IgG4/IgG陽性細胞比40％以上、またはIgG4陽性形質細胞が10/HPFを超える。 | 1.該当　2.非該当 3.不明 |

**Ｂ．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 |
| 臨床的な鑑別疾病　　：□多発血管炎性肉芽腫症　　□好酸球性多発血管炎性肉芽腫症　　□形質細胞腫画像診断上の鑑別疾病：□悪性リンパ腫　　　　　　□腎癌（尿路上皮癌など）　　□腎梗塞　　　　□腎盂腎炎　　□多発血管炎性肉芽腫症　　□サルコイドーシス　　　　　□癌の転移 |

**＜診断のカテゴリー＞（該当する項目に☑を記入する）**

|  |
| --- |
| Definite |
| □１、３、４a、４bの全てを満たすもの |
| □２、３、４a、４bの全てを満たすもの |
| □２、３、５の全てを満たすもの |
| Probable |
| □１、４a、４bの全てを満たすもの |
| □２、４a、４bの全てを満たすもの |
| □２と５の全てを満たすもの |
| Possible |
| □１と３の全てを満たすもの　 |
| □２と３の全てを満たすもの |
| □１と４aの全てを満たすもの |
| □２と４aの全てを満たすもの |

**■　臨床症状（該当する項目に☑を記入する）**

|  |  |
| --- | --- |
| 悪性腫瘍の合併 | 1.あり　2.なし 3.不明 |
| 　疾患名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 自己免疫疾患、炎症性疾患の合併 | 1.あり　2.なし 3.不明 |
| 　疾患名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| アレルギー歴□気管支喘息　□アレルギー性鼻炎　□アトピー性皮膚炎　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | 1.あり　2.なし 3.不明 |
| 病変臓器の臓器名と数□膵臓　□腎臓　□涙腺　□唾液腺　□肺　□眼　□リンパ節　□後腹膜　□血管　□下垂体　□甲状腺　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）該当数（　　　　　） | 1.該当　2.非該当 3.不明 |

**■　重症度分類に関する事項（該当する色に☑を記入する）**

|  |  |
| --- | --- |
| ステロイド治療依存性、あるいは抵抗例で治療開始後６ヶ月間治療後も臓器障害が残る | 1.該当　2.非該当 3.不明 |
| ステロイド治療に関する事項 |
| □ステロイド抵抗性（十分量のステロイド治療（初回投与量（0.5～0.6mg/kg））を行っても寛解導入できない場合）□ステロイド依存性（十分量のステロイド治療（初回投与量（0.5～0.6mg/kg））を行い、寛解導入したが、ステロイド減量や中止で再燃し、離脱できない場合） |
| 臓器障害の程度 |
| 腎臓：CKD重症度分類でG3bあるいはA3以上 | 1.該当　2.非該当 3.不明 |
| 胆道：閉塞性黄疸が解除できずステント挿入などが必要、または重度の肝硬変Child Pugh B以上 | 1.該当　2.非該当 3.不明 |
| 膵臓：閉塞性黄疸が解除できずステント挿入などが必要、 または膵石などを伴う重度の膵外分泌機能不全 | 1.該当　2.非該当 3.不明 |
| 呼吸器：PaO2が60Torr以下の低酸素血症が持続する | 1.該当　2.非該当 3.不明 |
| 後腹膜・血管：尿路の閉塞が持続する、血管破裂、あるいはその予防のためのステンテイング | 1.該当　2.非該当 3.不明 |
| 下垂体：ホルモンの補償療法が必要 | 1.該当　2.非該当 3.不明 |

**Child-Pugh分類（該当する項目に☑を記入する）**

|  |
| --- |
| □A：5～6点　　□B：7～9点　　□C：10～15点 |
| 脳症腹水血清総ビリルビン値（mg/dL）血清アルブミン値（g/dL）プロトロンビン活性値（％） | □ない(1)□ない(1)□2.0未満(1)□3.5超(1)□70超(1) | □軽症(2)□少量(2)□2.0～3.0(2)□2.8～3.5(2)□40～70(2) | □ときどき昏睡(3)□中等量(3)□3.0 超(3)□2.8未満(3)□40未満(3)) |

**CKD重症度分類ヒートマップ該当する項目に☑を記入する）**

|  |
| --- |
| □赤　　　　　□オレンジ　　　　　□黄　　　　　□緑 |
| ①GFR区分(mL/分/1.73㎡) | □G1（正常または高値:≧90）　　 　　□G2（正常または軽度低下:60～89）　□G3a（軽度～中等度低下:45～59）　　□G3b（中等度～高度低下:30～44）　□G4（高度低下:15～29）　　 □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) | □A1（正常　0.15未満）　　□A2（軽度蛋白尿　0.15～0.49）　□A3（高度蛋白尿　0.50以上） |

**■　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。