229　肺胞蛋白症（自己免疫性又は先天性）

□ 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**

**過去一年の症状の概要、経過、特記すべき事項など**

|  |
| --- |
|  |

**Ａ．主要所見（該当する項目に☑を記入する）**

|  |  |
| --- | --- |
| 以下の１～５の症状を認める | 1.該当　2.非該当　3.不明 |
| □１．労作時呼吸困難　 　□２．咳　　 □３．喀痰　 　□４．体重減少 　　□５．発熱 |
| 喫煙歴 |
| □１．現喫煙者　 　□２．既喫煙者　　□3．非喫煙者　□4．不明 |
| 粉じん吸入歴 |
| □１．明らかな粉じん曝露歴あり　　□2．明らかな粉じん曝露歴なし　　□3．不明 　　ありの場合　内容：　　　　　 　　　 |

**Ｂ．検査所見（該当する項目に☑を記入する）**

|  |
| --- |
| １．血液・生化学的検査所見　過去1年の測定結果を記入 |
| □ 血清KL-6（　　　　　　　　　U/mL）　　　　　　　□ 血清サーファクタントプロテイン-A（SP-A）(　　　　　　　　　ng/mL)□ 血清サーファクタントプロテイン-D (SP-D)(　　　　　　　　　ng/mL)　　□ LDH（　　　　　　　　　　　　U/L）□ 抗GM-CSF抗体( μｇ/ mL、あるいは　　　　倍) 測定年（　　　　年）（保険適応外） |

|  |
| --- |
| ２．画像検査所見　過去1年の検査結果を記載 |
| 　　高分解能CT（HRCT）にて、以下の所見を認める |
| 主要所見□１．すりガラス様陰影、通常両側性　　　　　　　　 　□２．小葉内間質肥厚像および小葉間隔壁肥厚像□３．クレージーペービングパターン（crazy paving pattern）： 所見１と２の重なり合い 　□４．コンソリデーション　　□５．地図状分布 （geographic distribution）　　　　　□６．胸膜直下に陰影を認めない（subpleural sparing） |
| その他の所見　　□１. 牽引性気管支拡張像　　　　 □２. 蜂窩肺　 　　□３. 嚢胞　 |
| ３．生理学的所見　（過去1年以内の値を記入） |
| 　　□ 身長　（ cm） □ 体重　（　　　　kg）□ VC ( L) □ FVC ( L)　□ FEV1 ( L)　　　□　DLco ( mL/min/mmHg) □　DLco/VA ( mL/min/mmHg/L)　□　未施行 |
| 　　□　PaO2 ( Torr) □　PaCO2 ( Torr)　 {条件　□　室内気（原則） □　酸素吸入（　　　L） } □　未施行 |
| ４．病理・細胞学的所見（左右肺に肺病変をきたした症例で以下該当する項目に☑を記入する） |
| □2a.気管支肺胞洗浄（ＢＡＬ）液で白濁の外観を呈し、放置すると沈殿する。　 光顕で、パパニコロー染色でライトグリーンに染まる顆粒状の無構造物質の沈着と、泡沫上マクロファージがみられる。 |
| □2b.病理組織で以下のような肺胞蛋白症を支持する所見がみられる(1)末梢気腔内に0.2 microns大の弱好酸性細顆粒状物質が充満する。細顆粒状物質に数十microns大の好酸性顆粒状物質が混在する。数microns大のlipid clefts が混在する。(2)末梢気腔内の細顆粒状物質はPAS 染色で陽性所見を示す(3)末梢気腔内の細顆粒状物質は免疫染色でSurfactant apoprotein A (SpA)に陽性所見を示す。PAP に伴うことがある所見。　(4)末梢気腔内に大型泡沫細胞が集積する。細胞質の崩壊過程を示す泡沫細胞を含む。(5)肺胞領域の間質にリンパ球系細胞浸潤を見る。多くは軽度まで。　(6)間質性線維化病変が存在することがある。稀に線維化病変が著明な症例がある。 |
| 以下の所見を認めない（全て認めない場合に1.該当に☑を記入する） | 1.該当　2.非該当 3.不明 |
| （1）腫瘍性病変　　（2）肉芽腫性病変　　（3）好中球あるいは好酸球の浸潤　　壊死病変 |

**＜診断のカテゴリー＞**

|  |  |
| --- | --- |
| Ｂの２.の画像所見でPAPを支持する所見を認め、Ｂの４.の（2a.または 2b.）を満たす | 1.該当　2.非該当 3.不明 |

**＜PAPの分類診断＞（「診断のカテゴリー」の条件を満たした症例で該当する項目に☑を記入する）**

|  |
| --- |
| □自己免疫性PAP (抗GM-CSF抗体陽性)　 □特発性PAP（抗GM-CSF抗体を測定していない場合かつ原因不明）□続発性PAP (補助対象外)　□先天性PAP　あるいは　遺伝性PAP　　　□未分類PAP |

**■　重症度分類、(管理区分重症度III度を対象とする）（該当する項目に☑を記入する）**

**【PAP重症度】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【難治例】**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 重症度（DSS） | 症状 | PaO2 |  | 以下のいずれかに該当する | 1.該当　2.非該当 3.不明 |
| □1 | 無し | PaO2≧70 Torr |  | □（１）明らかな肺線維症の合併 |
| □2 | 有り | PaO2≧70 Torr |  | □（２）反復、継続する感染症合併（感染症の内容　　　　　　　　　　　　　　）　　 |
| □3 | 不問 | 70 Torr＞PaO2≧60 Torr |  | □（３）先天性PAP　あるいは　遺伝性PAPの場合 |
| □4 | 不問 | 60 Torr＞PaO2≧50 Torr |  |  |
| □5 | 不問 | 50 Torr＞PaO2 |  |  |

**【管理区分重症度】（難治例の場合、PAP重症度に1度を加えて管理区分重症度とする）**

|  |
| --- |
| □Ⅰ　　□Ⅱ　　□Ⅲ　　□Ⅳ　　□Ⅴ　　□Ⅵ |

**■　過去1年間の治療歴（該当する項目に☑を記入する）**

|  |  |
| --- | --- |
| 在宅酸素療法 | □あり　　□なし |
| 全肺洗浄 | □あり　実施月（　　　　　　　　　　　　　）　□なし　　　□不明 |
| 気管支鏡による洗浄 | □あり　実施月（　　　　　　　　　　　　　）　□なし　　　□不明 |
| GM-CSF吸入療法（保険適応外） | □あり　実施月（　　　　　　　　　　　　　）　□なし　　　□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 | □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。