

040 高安動脈炎

■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	---	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性)							
	<input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方)							
<input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ								
<input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入								
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

社会保障	
介護認定	<input type="checkbox"/> 1. 要介護 <input type="checkbox"/> 2. 要支援 <input type="checkbox"/> 3. なし
要介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
生活状況	
移動の程度	<input type="checkbox"/> 1. 歩き回るのに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 寝たきりである
身の回りの管理	<input type="checkbox"/> 1. 洗面や着替えに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 自分でできない
ふだんの活動	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 行うことができない
痛み／不快感	<input type="checkbox"/> 1. ない <input type="checkbox"/> 2. 中程度ある <input type="checkbox"/> 3. ひどい
不安／ふさぎ込み	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. 中程度 <input type="checkbox"/> 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

診断

診断年月	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
病型分類	沼野らによる分類 <input type="checkbox"/> 1. I : 大動脈弓分岐血管 <input type="checkbox"/> 2. IIa : 上行大動脈、大動脈弓ならびにその分岐血管 <input type="checkbox"/> 3. IIb : IIa 病変+胸部下行大動脈 <input type="checkbox"/> 4. III : 胸部下行大動脈、腹部大動脈、腎動脈 <input type="checkbox"/> 5. IV : 腹部大動脈、かつ/または、腎動脈 <input type="checkbox"/> 6. V : IIb+IV 型 (上行大動脈、大動脈弓ならびにその分岐血管、胸部下行大動脈に加え、腹部大動脈、かつ/または、腎動脈)
	冠動脈病変 (C) <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	肺動脈病変 (P) <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
診断の根拠	<input type="checkbox"/> 1. 画像診断による血管病変の確認 <input type="checkbox"/> 2. 上肢乏血症状 (脈なし、血圧左右差) <input type="checkbox"/> 3. 頭部乏血症状 (失明、視力障害など) <input type="checkbox"/> 4. その他

A. 症状

1. 診断にかかわる症状	
頭部虚血症状	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	内容 <input type="checkbox"/> a. 失神発作 <input type="checkbox"/> b. 片麻痺 <input type="checkbox"/> c. 頭痛 <input type="checkbox"/> d. めまい <input type="checkbox"/> e. その他
上肢虚血症状	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	内容 <input type="checkbox"/> a. 脈拍欠損 <input type="checkbox"/> b. 上肢易疲労感 <input type="checkbox"/> c. 手指のしびれ感 <input type="checkbox"/> d. 冷感 <input type="checkbox"/> e. 上肢痛
心症状	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	内容 <input type="checkbox"/> a. 息切れ <input type="checkbox"/> b. 動悸 <input type="checkbox"/> c. 胸部圧迫感 <input type="checkbox"/> d. 狭心症状 <input type="checkbox"/> e. 不整脈
呼吸器症状	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	内容 <input type="checkbox"/> a. 呼吸困難 <input type="checkbox"/> b. 血痰 <input type="checkbox"/> c. 咳嗽
高血圧	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
眼症状	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	内容 <input type="checkbox"/> a. 一過性又は持続性の視力障害 <input type="checkbox"/> b. 失明
耳症状	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	内容 <input type="checkbox"/> a. 一過性又は持続性の難聴 <input type="checkbox"/> b. 耳鳴
下肢症状	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	内容 <input type="checkbox"/> a. 間欠性跛行 <input type="checkbox"/> b. 脱力 <input type="checkbox"/> c. 下肢易疲労感
疼痛	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	内容 <input type="checkbox"/> a. 下顎痛 <input type="checkbox"/> b. 歯痛 <input type="checkbox"/> c. 頸部痛 <input type="checkbox"/> d. 背部痛 <input type="checkbox"/> e. 胸痛 <input type="checkbox"/> f. 腰痛

全身症状	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	内容	<input type="checkbox"/> a. 発熱 <input type="checkbox"/> b. 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> c. 易疲労感 <input type="checkbox"/> d. リンパ節腫脹（頸部）	
皮膚症状 （結節性紅斑）	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
2. その他の症状			
38 度以上の発熱が 2 週間以上継続		<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
頸部以外のリンパ節腫脹		<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
喀血	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	咬筋疲労	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
腹痛	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	下痢	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
血便	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	眼前 暗黒感	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
前庭障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
3. 診断上重要な身体所見			
上肢の脈拍ならびに 血圧異常	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	内容	<input type="checkbox"/> a. 橈骨動脈の脈拍減弱、消失 <input type="checkbox"/> b. 著明な血圧左右差	
下肢の脈拍ならびに 血圧異常	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	内容	<input type="checkbox"/> a. 大動脈の拍動亢進あるいは減弱 <input type="checkbox"/> b. 血圧低下 <input type="checkbox"/> c. 上下肢血圧差	
血管雑音	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	部位	<input type="checkbox"/> a. 頸部 <input type="checkbox"/> b. 胸部 <input type="checkbox"/> c. 腹部	
心雑音	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
若年者の高血圧	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当		
眼底変化	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	内容	<input type="checkbox"/> a. 低血圧眼底 <input type="checkbox"/> b. 高血圧眼底 <input type="checkbox"/> c. 視力低下	
難聴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		

炎症所見	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
	内容	<input type="checkbox"/> a. 発熱	<input type="checkbox"/> b. 頸部圧痛	<input type="checkbox"/> c. 全身倦怠感
4. 合併症				
虚血性 心疾患	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明			
	心電図所見			
心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	大動脈瘤	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
動脈瘤 形成	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	解離性 大動脈瘤	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
大動脈弁 閉鎖不全	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明			
	程度	<input type="checkbox"/> 1. 軽度 (僧帽弁を超えない) <input type="checkbox"/> 2. 中等度 (心尖に達しない) <input type="checkbox"/> 3. 重度 (心尖に達する)		
うっ血性 心不全	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		肺梗塞	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
			呼吸機能 不全を伴う	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
炎症性 腸疾患	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	白内障	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
眼底所見	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	虚血性 視神経症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
脳虚血 発作	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	腎障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
人工透析	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	腎動脈 狭窄症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
その他	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明			
	ありの場合 具体的に			

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

血液検査														
実施日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日		
赤血球	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	×10 ⁴ /μL	白血球	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/μL

赤沈	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm/hr			
	赤沈値の範囲	<input type="checkbox"/> 1. 20 未満	<input type="checkbox"/> 2. 20～50 未満	<input type="checkbox"/> 3. 50 以上
CRP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL			
	CRP の範囲	<input type="checkbox"/> 1. 0.5 未満	<input type="checkbox"/> 2. 0.5～1.0 未満	<input type="checkbox"/> 3. 1.0～3.0 未満
画像診断 1				
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施			
	実施日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
画像検査の種類	<input type="checkbox"/> 1. 血管エコー <input type="checkbox"/> 2. MRA <input type="checkbox"/> 3. 造影 CT <input type="checkbox"/> 4. 血管造影/DSA <input type="checkbox"/> 5. FDG-PET <input type="checkbox"/> 6. その他			
動脈閉塞 (狭窄)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明			
	部位	<input type="checkbox"/> 1. 胸部大動脈 <input type="checkbox"/> 2. 腹部大動脈 <input type="checkbox"/> 3. 総頸動脈 <input type="checkbox"/> 4. 鎖骨下動脈 <input type="checkbox"/> 5. その他の部位 *5 を選択の場合、以下に記入		
動脈拡張 (動脈瘤)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明			
	部位	<input type="checkbox"/> 1. 胸部大動脈 <input type="checkbox"/> 2. 腹部大動脈 <input type="checkbox"/> 3. 総頸動脈 <input type="checkbox"/> 4. 鎖骨下動脈 <input type="checkbox"/> 5. その他の部位 *5 を選択の場合、以下に記入		
血管エコーの場合	動脈壁の全周性肥厚 (マカロニサイン)			
	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明			
	部位			

画像診断 2 (新規)		
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	実施日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
画像検査の種類	<input type="checkbox"/> 1. 血管エコー <input type="checkbox"/> 2. MRA <input type="checkbox"/> 3. 造影 CT <input type="checkbox"/> 4. 血管造影/DSA <input type="checkbox"/> 5. FDG-PET <input type="checkbox"/> 6. その他	
動脈閉塞 (狭窄)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	部位	<input type="checkbox"/> 1. 胸部大動脈 <input type="checkbox"/> 2. 腹部大動脈 <input type="checkbox"/> 3. 総頸動脈 <input type="checkbox"/> 4. 鎖骨下動脈 <input type="checkbox"/> 5. その他の部位 *5を選択の場合、以下に記入
動脈拡張 (動脈瘤)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	部位	<input type="checkbox"/> 1. 胸部大動脈 <input type="checkbox"/> 2. 腹部大動脈 <input type="checkbox"/> 3. 総頸動脈 <input type="checkbox"/> 4. 鎖骨下動脈 <input type="checkbox"/> 5. その他の部位 *5を選択の場合、以下に記入
血管エコーの 場合	動脈壁の全周性肥厚 (マカロニサイン)	
	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	部位	
画像診断 3 (新規)		
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	実施日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
画像検査の種類	<input type="checkbox"/> 1. 血管エコー <input type="checkbox"/> 2. MRA <input type="checkbox"/> 3. 造影 CT <input type="checkbox"/> 4. 血管造影/DSA <input type="checkbox"/> 5. FDG-PET <input type="checkbox"/> 6. その他	

動脈閉塞 (狭窄)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	部位	<input type="checkbox"/> 1. 胸部大動脈 <input type="checkbox"/> 2. 腹部大動脈 <input type="checkbox"/> 3. 総頸動脈 <input type="checkbox"/> 4. 鎖骨下動脈 <input type="checkbox"/> 5. その他の部位 *5を選択の場合、以下に記入
動脈拡張 (動脈瘤)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	部位	<input type="checkbox"/> 1. 胸部大動脈 <input type="checkbox"/> 2. 腹部大動脈 <input type="checkbox"/> 3. 総頸動脈 <input type="checkbox"/> 4. 鎖骨下動脈 <input type="checkbox"/> 5. その他の部位 *5を選択の場合、以下に記入
血管エコーの 場合	動脈壁の全周性肥厚 (マカロニサイン)	
	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	部位	
その他		
HLA	<input type="checkbox"/> 1. HLA-B52 <input type="checkbox"/> 2. HLA-B67	

C. 鑑別診断

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。 除外できた疾病には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可 <input type="checkbox"/> 2. 除外不可 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 1. 動脈硬化症 <input type="checkbox"/> 2. 炎症性腹部大動脈瘤 <input type="checkbox"/> 3. 血管型ベーチェット病 <input type="checkbox"/> 4. 梅毒性中膜炎 <input type="checkbox"/> 5. 巨細胞性動脈炎 <input type="checkbox"/> 6. 先天性血管異常 <input type="checkbox"/> 7. 細菌性動脈瘤 <input type="checkbox"/> 8. その他	

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> Definite : (1)～(3)を満たす
<input type="checkbox"/> (1)画像診断 (CT、MRA、FDG-PET、DSA、血管エコー、心エコー) で以下のいずれかの項目を認める <input type="checkbox"/> 大動脈およびその分枝への集積増加 <input type="checkbox"/> 大動脈石灰化像 <input type="checkbox"/> 大動脈壁肥厚 <input type="checkbox"/> 動脈閉塞・狭窄病変 <input type="checkbox"/> 拡張病変 <input type="checkbox"/> 肺動脈病変 <input type="checkbox"/> 冠動脈病変 <input type="checkbox"/> 頸動脈病変 <input type="checkbox"/> 大動脈弁閉鎖不全 <input type="checkbox"/> 上行大動脈拡張 <input type="checkbox"/> 心のう水貯留 <input type="checkbox"/> 左室肥大 <input type="checkbox"/> びまん性心収縮低下 <input type="checkbox"/> (2) A-1 およびA-3 に含まれる項目のいずれかを満たす <input type="checkbox"/> (3) Cの鑑別疾患を除外できる
<input type="checkbox"/> 該当しない

症状の概要、経過、特記すべき事項など *250文字以内かつ7行以内

■ 発症と経過

経過の状態	<input type="checkbox"/> 1. 軽快 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 徐々に悪化 <input type="checkbox"/> 4. 急速に悪化 <input type="checkbox"/> 5. その他
経過が進行性の病変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
治療と経過	

■ 治療その他

薬物療法	
副腎皮質ステロイドの 治療	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	最大使用量：プレドニゾン換算 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
	現在使用量：プレドニゾン換算 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
	治療効果 <input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
ステロイドパルス療法	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	治療効果 <input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
免疫抑制剤	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	種類
	治療効果 <input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
	種類
	治療効果 <input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
抗血小板療法	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
抗凝固療法	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
外科的治療（新規）	
手術歴 1	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	実施年月 西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	術式
手術歴 2	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	実施年月 西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	術式

手術歴 3	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明	
	実施年月	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	術式	
カテーテル インターベンション 1	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明	
	実施年月	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	部位	
カテーテル インターベンション 2	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明	
	実施年月	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	部位	
カテーテル インターベンション 3	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明	
	実施年月	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	部位	
外科的治療 (更新)		
手術歴	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明	
	実施年月	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	術式	
カテーテル インターベンション	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明	
	実施年月	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	部位	

■ 重症度分類に関する事項

高安動脈炎重症度分類

<input type="checkbox"/> I 度	高安動脈炎と診断しうる自覚的（脈なし、頸部痛、発熱、めまい、失神発作など）、他覚的（炎症反応陽性、γグロブリン上昇、上肢血圧左右差、血管雑音、高血圧など）所見が認められ、かつ血管造影（CT、MRI、MRA、FDG-PET を含む）にても病変の存在が認められる。ただし、特に治療を加える必要もなく経過観察するかあるいはステロイド剤を除く治療を短期間加える程度
<input type="checkbox"/> II 度	上記症状、所見が確認され、ステロイド剤を含む内科療法にて軽快あるいは経過観察が可能
<input type="checkbox"/> III 度	ステロイド剤を含む内科療法、あるいはインターベンション（PTA）、外科的療法にもかかわらず、しばしば再発を繰り返し、病変の進行、あるいは遷延が認められる。
<input type="checkbox"/> IV 度	患者の予後を決定する重大な合併症（大動脈弁閉鎖不全症、動脈瘤形成、腎動脈狭窄症、虚血性心疾患、肺梗塞）が認められ、強力な内科的、外科的治療を必要とする。
<input type="checkbox"/> V 度	重篤な臓器機能不全（うっ血性心不全、心筋梗塞、呼吸機能不全を伴う肺梗塞、脳血管障害（脳出血、脳梗塞）、虚血性視神経症、腎不全、精神障害）を伴う合併症を有し、嚴重な治療、観察を必要とする。

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

使用の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり
開始時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
離脱の見込み	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
種類	<input type="checkbox"/> 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器
施行状況	<input type="checkbox"/> 1. 間欠的施行 <input type="checkbox"/> 2. 夜間に継続的に施行 <input type="checkbox"/> 3. 一日中施行 <input type="checkbox"/> 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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
医療機関所在地												
電話番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	*ハイフンを除き、左詰めで記入
医師の氏名												印 ※自筆または押印のこと
記載年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日

- ・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です。)
- ・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か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26年11月12日健発1112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。