

085 特発性間質性肺炎

■ 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

<input type="checkbox"/> 1. 特発性肺線維症 (IPF)	<input type="checkbox"/> 2. IPF 以外の間質性肺炎
IPF 以外の 間質性肺炎	<input type="checkbox"/> 1. NSIP <input type="checkbox"/> 2. AIP <input type="checkbox"/> 3. COP <input type="checkbox"/> 4. DIP <input type="checkbox"/> 5. RB-ILD <input type="checkbox"/> 6. LIP <input type="checkbox"/> 7. その他

A. 主要所見

身体所見 (新規)	
身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
主要症状	
1. 捻髪音	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 乾性咳嗽	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
3. 労作時呼吸困難	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	mMRC グレード分類 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
4. ばち指	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

血清学的検査			
KL-6の上昇	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	U/mL
SP-Dの上昇	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ng/mL
SP-Aの上昇	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ng/mL
LDHの上昇	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	IU/L
リウマチ因子の上昇	<input type="checkbox"/> 1.陽性 <input type="checkbox"/> 2.陰性 <input type="checkbox"/> 3.不明	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	IU/mL
RAPAの上昇	<input type="checkbox"/> 1.陽性 <input type="checkbox"/> 2.陰性 <input type="checkbox"/> 3.不明	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	倍
抗核抗体	<input type="checkbox"/> 1.陽性 <input type="checkbox"/> 2.陰性 <input type="checkbox"/> 3.不明	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	倍
MPO-ANCA	<input type="checkbox"/> 1.陽性 <input type="checkbox"/> 2.陰性 <input type="checkbox"/> 3.不明	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	IU/mL
CKの上昇	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	IU/L
その他	内容		
胸部 X線画像所見			
検査年月日	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		
1. 両側びまん性陰影	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.未実施		
	<input type="checkbox"/> 一側	<input type="checkbox"/> 両側	
2. 中下肺野、外側優位	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	3. 肺野の縮小	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
胸部 HRCT 画像所見			
添付検査データの 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		
画像所見	<input type="checkbox"/> 1. 胸膜直下の陰影分布	<input type="checkbox"/> 2. 蜂巣肺	
	<input type="checkbox"/> 3. 網状陰影	<input type="checkbox"/> 4. 牽引性気管支・細気管支拡張	
	<input type="checkbox"/> 5. すりガラス陰影	<input type="checkbox"/> 6. 浸潤影 (コンソリデーション)	

血液ガス、呼吸機能、6分間歩行試験			
安静時 PaO ₂ (室内気)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Torr	安静時 AaDO ₂	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Torr
FVC	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL	%FVC	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %
拘束性障害 (%VC)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %	%FEV ₁	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
拡散障害 (%DLco)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %		
6分間歩行時 SpO ₂ 試験の実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施		
	lowest SpO ₂	<input type="text"/> <input type="text"/> %	
	歩行距離	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m	
気管支肺胞洗浄液 (BAL) 検査			
<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施			
検査年月日	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		
回収率	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %		
肺胞 マクロファージ	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %	リンパ球	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
好中球	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %	好酸球	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
CD4/CD8 比	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>		
経気管支肺生検 (TBLB)			
<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施			
検査年月日	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		
所見記載			
病理学的所見 (新規)			
外科的肺生検	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施		
検査年月日	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		
方法	<input type="checkbox"/> 1. 開胸肺生検 <input type="checkbox"/> 2. 胸腔鏡下肺生検		
所見	<input type="checkbox"/> 1. UIP <input type="checkbox"/> 2. NSIP <input type="checkbox"/> 3. OP <input type="checkbox"/> 4. RB <input type="checkbox"/> 5. DIP <input type="checkbox"/> 6. DAD <input type="checkbox"/> 7. LIP <input type="checkbox"/> 8. その他		

C. 鑑別診断（新規）

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. 心不全	<input type="checkbox"/> 2. 肺炎（特に異型肺炎）	<input type="checkbox"/> 3. 既知の原因による急性肺障害（ALI）			
<input type="checkbox"/> 4. 膠原病	<input type="checkbox"/> 5. 血管炎	<input type="checkbox"/> 6. サルコイドーシス			
<input type="checkbox"/> 7. 過敏性肺炎	<input type="checkbox"/> 8. じん肺	<input type="checkbox"/> 9. 放射線肺炎			
<input type="checkbox"/> 10. 薬剤性肺炎	<input type="checkbox"/> 11. 好酸球性肺炎	<input type="checkbox"/> 12. びまん性汎細気管支炎			
<input type="checkbox"/> 13. 癌性リンパ管症	<input type="checkbox"/> 14. 肺胞上皮癌	<input type="checkbox"/> 15. リンパ脈管筋腫症（LAM）			
<input type="checkbox"/> 16. 肺胞蛋白症	<input type="checkbox"/> 17. ランゲルハンス細胞組織球症				

<診断のカテゴリー>

特発性肺線維症：下記①～⑤に関し、下記条件を満たす Definite および Probable な症例を IPF と診断

<input type="checkbox"/> Definite：下記①～⑤の全項目を満たす、あるいは外科的肺生検病理組織診断で UIP
<input type="checkbox"/> Probable：下記①～⑤のうち、⑤を含む3項目以上を満たす
<input type="checkbox"/> Possible：下記①～⑤のうち、⑤を含む2項目しか満たさない
<input type="checkbox"/> 特発性肺線維症以外の特発性間質性肺炎：下記①～④を満たし、B. の病理学的所見で 2. NSIP～7. LIP のいずれかと診断され、臨床所見、画像所見、BAL 液所見などと矛盾しない症例
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない
<input type="checkbox"/> ①主要症状の1捻髪音を認め、2～4の1項目以上を認める
<input type="checkbox"/> ②血清学的検査で下記の1項目以上が上昇 <input type="checkbox"/> KL-6 <input type="checkbox"/> SP-D <input type="checkbox"/> SP-A <input type="checkbox"/> LDH
<input type="checkbox"/> ③呼吸機能：下記の2項目以上を満たす <input type="checkbox"/> 拘束性障害（%VC<80%） <input type="checkbox"/> 拡散障害（%DLco<80%） <input type="checkbox"/> 低酸素血症（以下の1項目以上） （ <input type="checkbox"/> 安静時 PaO ₂ :80Torr 未満 <input type="checkbox"/> 安静時 AaDO ₂ :20Torr 以上 <input type="checkbox"/> 6分間歩行時 SpO ₂ :90%以下）
<input type="checkbox"/> ④B の胸部 X 線画像所見で両側びまん性陰影を含む2項目以上を認める
<input type="checkbox"/> ⑤病理診断を伴わない IPF：胸部 HRCT 画像所見で胸膜直下の陰影分布および蜂巢肺を認める

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（新規）

喫煙歴	<input type="checkbox"/> 1. 現在喫煙 <input type="checkbox"/> 2. 過去に喫煙したがやめた <input type="checkbox"/> 3. なし					
	本数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	本/日	年数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年
粉塵吸引歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明					
	年数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年			
発症形式	<input type="checkbox"/> 1. 慢性発症（3か月以上） <input type="checkbox"/> 2. 亜急性発症（1～3か月） <input type="checkbox"/> 3. 急性発症（1か月以内）					

■ 治療その他

副腎皮質ステロイド	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし							
	プレドニゾン 換算最大量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/日					
	治療期間（自）	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
	治療期間（至）	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
免疫抑制薬	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし							
	種類							
	量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/日					
	治療期間（自）	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
	治療期間（至）	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

在宅酸素療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	治療期間（自）	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
	治療期間（至）	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
抗線維化薬 （ピルフェニドン）	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
	治療期間（自）	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
	治療期間（至）	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
抗線維化薬 （ニンテダニブ）	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
	治療期間（自）	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
	治療期間（至）	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
その他薬剤 （N-アセチル システイン等）	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	種類	
	量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
	治療期間（自）	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
	治療期間（至）	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

■ 重症度分類に関する事項

新重症度分類	<input type="checkbox"/> 1. I <input type="checkbox"/> 2. II <input type="checkbox"/> 3. III <input type="checkbox"/> 4. IV
--------	---

■ 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。