

047 バージャー病

■ 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

A. 主要所見

理学所見	
拡張期 血圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg
収縮期 血圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg
罹患部位	上肢の罹患部位 <input type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左 <input type="checkbox"/> 3. 両側 <input type="checkbox"/> 4. その他の部位 <small>*4 を選択の場合、以下に記入</small>
	下肢の罹患部位 <input type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左 <input type="checkbox"/> 3. 両側 <input type="checkbox"/> 4. その他の部位 <small>*4 を選択の場合、以下に記入</small>
四肢の冷感、しびれ感、レイノー現象	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
潰瘍	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	<input type="checkbox"/> 手指 <input type="checkbox"/> 足趾

動脈閉塞	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明	遊走性 静脈炎 (皮下静脈の 発赤、硬結、 疼痛など)	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明
壊死	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明	間歇性跛行	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明
指趾の 安静時 疼痛	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明		
合併症			
糖尿病	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明	動脈硬化	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明
冠動脈 疾患	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明	脳血管 障害	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明
内臓動脈 閉塞	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明	肝疾患	<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	高脂血症	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明
高血圧症	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明	血栓性 静脈炎	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明
その他の臓器障害	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明		
	部位		
自由記載 *50文字以内かつ3行以内			

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

動脈造影・所見				
閉塞部位				
鎖骨下動脈	<input type="checkbox"/> 1.右	<input type="checkbox"/> 2.左	<input type="checkbox"/> 3.両側	<input type="checkbox"/> 4.なし
上腕動脈	<input type="checkbox"/> 1.右	<input type="checkbox"/> 2.左	<input type="checkbox"/> 3.両側	<input type="checkbox"/> 4.なし
腋窩動脈	<input type="checkbox"/> 1.右	<input type="checkbox"/> 2.左	<input type="checkbox"/> 3.両側	<input type="checkbox"/> 4.なし
前腕動脈	<input type="checkbox"/> 1.右	<input type="checkbox"/> 2.左	<input type="checkbox"/> 3.両側	<input type="checkbox"/> 4.なし
大動脈	<input type="checkbox"/> 1.右	<input type="checkbox"/> 2.左	<input type="checkbox"/> 3.両側	<input type="checkbox"/> 4.なし
膝窩動脈	<input type="checkbox"/> 1.右	<input type="checkbox"/> 2.左	<input type="checkbox"/> 3.両側	<input type="checkbox"/> 4.なし
腸骨動脈	<input type="checkbox"/> 1.右	<input type="checkbox"/> 2.左	<input type="checkbox"/> 3.両側	<input type="checkbox"/> 4.なし

下腿動脈	<input type="checkbox"/> 1. 右	<input type="checkbox"/> 2. 左	<input type="checkbox"/> 3. 両側	<input type="checkbox"/> 4. なし
大腿動脈	<input type="checkbox"/> 1. 右	<input type="checkbox"/> 2. 左	<input type="checkbox"/> 3. 両側	<input type="checkbox"/> 4. なし
四肢主幹動脈の多発性分節的閉塞が認められる	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ	<input type="checkbox"/> 3. 不明	
二次血栓の延長による慢性閉塞の像を示す	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ	<input type="checkbox"/> 3. 不明	
動脈硬化性変化が認められない (虫喰い像、石灰沈着など)	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ	<input type="checkbox"/> 3. 不明	
閉塞は途絶状、先細り状閉塞である	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ	<input type="checkbox"/> 3. 不明	
側副血行路として、ブリッジ状あるいは コイル状側副血行路がみられる	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ	<input type="checkbox"/> 3. 不明	
ABI 検査	<input type="checkbox"/> 1. 実施		<input type="checkbox"/> 2. 非実施	
	右			
	左			
TBI 検査	<input type="checkbox"/> 1. 実施		<input type="checkbox"/> 2. 非実施	
	右			
	左			

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. 閉塞性動脈硬化症	<input type="checkbox"/> 2. 外傷性動脈血栓症	<input type="checkbox"/> 3. 膝窩動脈捕捉症候群	
<input type="checkbox"/> 4. 膝窩動脈外膜嚢腫	<input type="checkbox"/> 5. 膠原病	<input type="checkbox"/> 6. 血管ベーチェット病	
<input type="checkbox"/> 7. 胸郭出口症候群	<input type="checkbox"/> 8. 心房細動		

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> Definite 1: 本症発症時、以下の5項目を満たし、C. 鑑別診断で他疾患が全て除外できる
<input type="checkbox"/> Definite 2: 本症発症時、以下の1、5と、3と4のいずれかの計3項目以上を満たし、C. 鑑別診断で他疾患が全て除外できる
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない
<input type="checkbox"/> 1. 50歳未満の発症 <input type="checkbox"/> 2. 喫煙歴を有する（間接喫煙を含む） <input type="checkbox"/> 3. 膝窩動脈以下の閉塞がある <input type="checkbox"/> 4. 上肢の動脈閉塞がある、または遊走性静脈炎の既往がある <input type="checkbox"/> 5. 高血圧症、高脂血症、糖尿病を合併しない

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

喫煙歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. やめた <input type="checkbox"/> 3. なし		
	*1を選択の場合、以下に記入		
	1日の本数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	本
	喫煙年数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年
	*2を選択の場合、以下に記入		
	1日の本数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	本
喫煙年数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	
受動喫煙	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. 過去にあり <input type="checkbox"/> 3. なし		
	*1を選択の場合、以下に記入		
	年数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年
	*2を選択の場合、以下に記入		
年数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	
う歯、歯周病	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. 治療済み <input type="checkbox"/> 3. なし		

■ 治療その他

薬物療法						
血管拡張剤	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明					
	薬剤名					
	用量	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	単位 <input type="checkbox"/> mg/日 <input type="checkbox"/> µg/日
抗血小板療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明					
	薬剤名					
	用量	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	単位 <input type="checkbox"/> mg/日 <input type="checkbox"/> µg/日
抗凝固療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明					
	薬剤名					
	用量	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	単位 <input type="checkbox"/> mg/日 <input type="checkbox"/> µg/日
その他の薬剤	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明					
	薬剤名					
	用量	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	単位 <input type="checkbox"/> mg/日 <input type="checkbox"/> µg/日

外科的治療	
手術歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
血行再建術	<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
	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
	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
肢（指趾）切断術	<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
	種類 <input type="checkbox"/> 1. major <input type="checkbox"/> 2. minor
	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
	種類 <input type="checkbox"/> 1. major <input type="checkbox"/> 2. minor
交感神経節切除／ ブロック	<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
	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

■ 重症度分類に関する事項

バージャー病の重症度分類	
<input type="checkbox"/> 1度	患肢皮膚温の低下、しびれ、冷感、皮膚色調変化（蒼白、虚血性紅潮など）を呈する患者であるが、禁煙も含む日常のケア、または薬物療法などで社会生活・日常生活に支障のないもの。
<input type="checkbox"/> 2度	1度の症状と同時に間欠性跛行（主として足底筋群、足部、下腿筋）を有する患者で、薬物療法などにより、社会生活・日常生活上の障害が許容範囲内にあるもの。
<input type="checkbox"/> 3度	指趾の色調変化（蒼白、チアノーゼ）と限局性の小潰瘍や壊死または重度の間欠性跛行を伴う患者。通常の保存的療法のみでは、社会生活に許容範囲を超える支障があり、外科療法の相対的適応となる。
<input type="checkbox"/> 4度	指趾の潰瘍形成により疼痛（安静時疼痛）が強く、社会生活・日常生活に著しく支障を来す。薬物療法は相対的適応となる。したがって入院加療を要することもある。
<input type="checkbox"/> 5度	激しい安静時疼痛とともに、壊死、潰瘍が増悪し、入院加療にて強力な内科的、外科的治療を必要とするもの。（入院加療：点滴、鎮痛、包帯交換、外科的処置など）

■ 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"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 軽度介助 <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"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 軽度介助 <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。