

# 臨床調査個人票 035. 天疱瘡（新規）

## ■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 続柄
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

連絡事項	

■診断	
診断	
疾患分類(天疱瘡)	1.尋常性 2.落葉状 3.腫瘍随伴性 4.増殖性 5.紅斑性 6.その他の亜型 7.その他の内容

■発症と経過	
経過	
経過の状態	1.治癒 2.軽快 3.不変 4.徐々に悪化 5.急速に悪化 6.その他 内容

後遺症	
1.あり 2.なし 後遺症の内容	

■臨床所見			
理学所見			
身長	cm	体重	kg
脈拍	回/分	体温	度
拡張期血圧	mmHg	収縮期血圧	mmHg

皮膚	
ニコルスキー現象	1.あり 2.なし 3.不明
水疱・びらん	皮膚に多発する破れやすい弛緩性水疱 1.あり 2.なし 3.不明 水疱に続発する進行性、難治性のびらん、ないし鱗屑痂皮性局面 1.あり 2.なし 3.不明 可視粘膜部の非感染性水疱・びらん、アフタ性病変 1.あり 2.なし 3.不明

■検査所見			
病理組織学的診断項目			
棘融解による表皮内水疱 1.あり 2.なし 3.不明			
表皮細胞間のIgG(ときに補体)の沈着			
表皮細胞間のIgG(ときに補体)の沈着 1.あり 2.なし 3.不明			
血清中の抗表皮細胞間抗体			
間接蛍光抗体法の抗体	1.陽性 2.陰性 3.不明	陽性の場合	抗体価 倍
抗デスマグレイン抗体価(ELISA法またはCLEIA法)	デスマグレイン1	1.陽性 2.陰性 3.不明	陽性の場合 抗体価
	デスマグレイン3	1.陽性 2.陰性 3.不明	陽性の場合 抗体価

■重症度

天疱瘡重症度スコア (PDAI)

実施年月	西暦 年 月
重症度	1. 軽症 2. 中等症 3. 重症

皮膚

耳	0 1 2 3 5 10	鼻	0 1 2 3 5 10
顔 (鼻・耳を除く)	0 1 2 3 5 10	頸部	0 1 2 3 5 10
胸部	0 1 2 3 5 10	腹部	0 1 2 3 5 10
背部・臀部	0 1 2 3 5 10	上肢	0 1 2 3 5 10
手	0 1 2 3 5 10	下肢	0 1 2 3 5 10
足	0 1 2 3 5 10	陰部	0 1 2 3 5 10

頭皮

頭皮	0 1 2 3 4 10
----	--------------

粘膜

眼	0 1 2 5 10	鼻腔	0 1 2 5 10
頬粘膜	0 1 2 5 10	硬口蓋	0 1 2 5 10
軟口蓋	0 1 2 5 10	上歯肉	0 1 2 5 10
下歯肉	0 1 2 5 10	舌	0 1 2 5 10
口腔底	0 1 2 5 10	口唇	0 1 2 5 10
後咽頭	0 1 2 5 10	外陰部	0 1 2 5 10

■治療その他

副腎皮質ステロイド

副腎皮質ステロイドの治療	1. 実施 2. 未実施 プレドニゾロン換算 mg/日	治療効果 1. 改善 2. 不変 3. 悪化 4. 不明
--------------	--------------------------------	------------------------------

ステロイドパルス療法

1. 実施 2. 未実施	治療効果 1. 改善 2. 不変 3. 悪化 4. 不明
--------------	------------------------------

大量ガンマグロブリン静注療法

1. 実施 2. 未実施	治療効果 1. 改善 2. 不変 3. 悪化 4. 不明
--------------	------------------------------

血漿交換療法

1. 実施 2. 未実施	治療効果 1. 改善 2. 不変 3. 悪化 4. 不明
--------------	------------------------------

免疫抑制剤

免疫抑制剤の治療	1. 実施 2. 未実施 薬剤名 量 mg/日	治療効果 1. 改善 2. 不変 3. 悪化 4. 不明
----------	----------------------------	------------------------------

その他

内容

人工呼吸器 (使用者のみ詳細記入)

使用の有無	1. あり 2. なし		
以下 有の場合 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1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 椅子とベッド間の移動1. 自立 2. 軽度の介助 3. 部分介助 4. 全介助 整容1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 トイレ動作1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 入浴1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 移動1. 自立 2. 軽度の介助 3. 部分介助 4. 全介助 階段昇降1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 更衣1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 排便コントロール1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助 排尿コントロール1. 自立 2. 部分介助 3. 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	記載年月日: 平成 年 月 日

印

※自筆または押印のこと

- 診断書には過去6か月間で一番悪い状態の内容を記載してください。
- ただし、診断に関わる項目については、いつの時点のものでも構いません。
- 診断基準、重症度分類については、「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。