

臨床調査個人票 045. 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症（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	
1. 確実 2. 疑い	
診断根拠	1. 臨床的 2. 病理学的 3. 両者加味して
診断年月	西暦 年 月

■発症と経過

既往歴	
血管炎症状に先行する気管支喘息の既往の有無	1.あり 2.なし
血管炎症状に先行するアレルギー性鼻炎の既往の有無	1.あり 2.なし
血管炎症状に先行する好酸球増加	1.あり 2.なし

■臨床所見

全身症状	
体重減少(6か月以内に6kg以上)	1.あり 2.なし 3.不明 当初 西暦 年 月 日 体重 kg 減少時 西暦 年 月 日 体重 kg 体重減少が全身性血管炎に基づくものであってその他の原因でないことについて
血管炎による38度以上の発熱が2週間以上継続	1.あり 2.なし 3.不明 期間(自) 西暦 年 月 日 期間(至) 西暦 年 月 日 発熱が全身性血管炎に基づくものであってその他の原因でないことについて

皮膚症状	
紫斑	1.あり 2.なし 3.不明 具体的な期間と症状 期間 症状

筋骨格症状	
多発関節痛	1.あり 2.なし 3.不明 具体的な期間と症状 期間 症状

心・循環器症状	
心筋梗塞	1.あり 2.なし 3.不明 具体的な期間と症状 期間 症状
心筋炎	1.あり 2.なし 3.不明 具体的な期間と症状 期間 症状
心膜炎	1.あり 2.なし 3.不明 具体的な期間と症状 期間 症状

呼吸器症状				
気管支喘息(既往を含む)	1.あり 2.なし 3.不明	具体的な期間と症状	期間	症状
消化器症状				
消化管出血	1.あり 2.なし 3.不明	具体的な期間と症状	期間	症状
精神・神経症状				
単神経障害	1.あり 2.なし 3.不明	具体的な期間と症状	期間	症状
多発性単神経障害	1.あり 2.なし 3.不明	具体的な期間と症状	期間	症状
多発神経障害	1.あり 2.なし 3.不明	具体的な期間と症状	期間	症状
眼症状				
上強膜炎	1.あり 2.なし 3.不明	具体的な期間と症状	期間	症状
視力低下	1.あり 2.なし 3.不明	具体的な期間と症状	期間	症状
その他の眼症状	1.あり 2.なし 3.不明	具体的な期間と症状	期間	症状
鼻・耳症状				
アレルギー性鼻炎(既往を含む)	1.あり 2.なし 3.不明	具体的な期間と症状	期間	症状
鼻粘膜炎症	1.あり 2.なし 3.不明	具体的な期間と症状	期間	症状
副鼻腔炎	1.あり 2.なし 3.不明	具体的な期間と症状	期間	症状
中耳炎	1.あり 2.なし 3.不明	具体的な期間と症状	期間	症状
口腔・咽頭症状				
口腔・喉頭・上気道症状	1.あり 2.なし 3.不明	具体的な期間と症状	期間	症状
その他の臓器障害				
1.あり 2.なし 3.不明	具体的な期間と症状	期間	症状	
合併症				
合併症	1.あり 2.すべてなし			
入院を要する重症感染症	1.あり 2.なし 3.不明	診断名		
在宅酸素療法を要する慢性呼吸不全	1.あり 2.なし 3.不明	気道狭窄	1.あり 2.なし 3.不明	
ステロイド誘発性糖尿病	1.あり 2.なし 3.不明	高血圧	1.あり 2.なし 3.不明	
視力低下	1.あり 2.なし 3.不明	失明	1.あり 2.なし 3.不明	
ステロイド誘発性緑内障	1.あり 2.なし 3.不明	難聴	1.あり 2.なし 3.不明	
脊椎圧迫骨折	1.あり 2.なし 3.不明	大腿骨頭壊死	1.あり 2.なし 3.不明	
顔面変形	1.あり 2.なし 3.不明	末梢神経性感覚障害	1.あり 2.なし 3.不明	
末梢神経性運動障害	1.あり 2.なし 3.不明	その他		

■検査所見

血液検査			
検査年月日	西暦 年 月 日		
白血球	/μL		
好酸球数	/μL		
血小板	×10 ⁴ /μL		
P-ANCA	IU/mL 基準値	IU/mL	結果1.陽性 2.陰性 3.不明 4.未検
C-ANCA	IU/mL 基準値	IU/mL	結果1.陽性 2.陰性 3.不明 4.未検
MPO-ANCA	IU/mL 基準値	IU/mL	結果1.陽性 2.陰性 3.不明 4.未検
PR3-ANCA	IU/mL 基準値	IU/mL	結果1.陽性 2.陰性 3.不明 4.未検
抗GBM抗体	IU/mL 基準値	IU/mL	結果1.陽性 2.陰性 3.不明 4.未検
血清IgE	IU/mL 基準値	IU/mL	
リウマトイド因子	IU/mL 基準値	IU/mL	

病理組織検査	
実施有無	1.実施 2.未実施 3.不明
検査年月日	西暦 年 月 日
生検部位	
主たる組織像	周囲組織に著明な好酸球浸潤を伴う細小血管の肉芽腫またはフィブリノイド壊死性血管炎1.あり 2.なし 3.不明 血管外肉芽腫1.あり 2.なし 3.不明 その他所見

鑑別診断	
鑑別できるものにチェック	1.多発血管炎性肉芽腫症 2.微鏡的多発血管炎 3.結節性多発動脈炎

重症度	
好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の重症度分類	1.1度 2.2度 3.3度 4.4度 5.5度

治療開始時			
体重	kg	身長	cm

薬物療法			
副腎皮質ステロイド	1.あり 2.なし 3.不明	プレドニゾロン換算最大量	mg/日
ステロイドパルス療法	1.あり 2.なし 3.不明		
免疫抑制剤	1.あり 2.なし 3.不明	薬剤名1	投与方法1.経口 2.静注 投与量 mg
	単位1.日 2.週 3.2週 4.月	薬剤名2	投与方法1.経口 2.静注 投与量 mg
	単位1.日 2.週 3.2週 4.月	薬剤名3	投与方法1.経口 2.静注 投与量 mg
生物学的製剤	1.あり 2.なし 3.不明	薬剤名(自由記載)	投与方法1.静注 2.皮下注 投与量 mg
	単位1.日 2.週 3.2週 4.月		

アフェレーシス			
血漿交換療法	1.あり 2.なし 3.不明	方法1.単純血漿交換 2.二重膜濾過血漿交換 3.その他	その他の方法
血液透析	1.あり 2.なし 3.不明		

その他の治療法(手術など)	
1.あり 2.なし 3.不明	治療法

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。

Ver. 141107