

臨床調査個人票 084. サルコイドーシス（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)
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			
■ 発症と経過			
発見動機			
1.健康診断 2.自覚症状 3.他疾患受診中 4.不明 5.その他 その他の内容			
経過			
最近6か月の経過	1.軽快 2.不变 3.徐々に悪化 4.急速に悪化 5.その他 その他の内容		

■臨床所見

自覚症状

1.あり 2.なし
 1.咳 2.息切れ 3.発熱 4.痛み 5.倦怠感 6.眼症状 7.皮疹 8.その他
 その他の内容

呼吸器病変

両側肺門リンパ節腫脹	1.あり 2.なし	リンパ路に沿う肺陰影 (CTで気管支、血管の不整肥厚小葉間隔壁の肥厚、胸膜下の粒状影)	1.あり 2.なし
その他の異常所見で生検陽性	1.あり 2.なし	所見	

眼病変

肉芽腫性前部ぶどう膜炎 (豚脂様角膜後面沈着物、虹彩結節)	1.あり 2.なし	多発するろう様網脈絡膜滲出斑 または光凝固様の網脈絡膜萎縮病巣	1.あり 2.なし
隅角結節またはテント状周辺部虹彩前癒着	1.あり 2.なし	塊状硝子体混濁(雪玉状、数珠状)	1.あり 2.なし
網膜血管周囲炎(主に静脈)および血管周囲結節	1.あり 2.なし	視神經乳頭肉芽腫または脈絡膜肉芽腫	1.あり 2.なし

皮膚病変

結節	1.あり 2.なし	状態1.単発 2.多発	部位
局面	1.あり 2.なし	状態1.単発 2.多発	部位
びまん浸潤	1.あり 2.なし	状態1.単発 2.多発	部位
皮下結節	1.あり 2.なし	状態1.単発 2.多発	部位
瘢痕浸潤	1.あり 2.なし	状態1.単発 2.多発	部位
その他	所見		

心臓病変

主徴候	高度房室ブロック、完全房室ブロックまたは持続性心室頻拍1.あり 2.なし 3.未検 心室中隔基部の菲薄化または心室壁の形態異常1.あり 2.なし 3.未検 左室駆出率50%未満または局所的心室壁運動異常1.あり 2.なし 3.未検 駆出率 % ¹⁸ F-FDG PETで心臓への異常集積1.あり 2.なし 3.未検 ⁶⁷ Gaシンチグラフィで心臓への異常集積1.あり 2.なし 3.未検 Gadolinium造影MRIにおける心筋の遅延造影所見1.あり 2.なし 3.未検
副徴候	心電図で心室性不整脈、脚ブロック、軸偏位、異常Q波のいずれかの所見1.あり 2.なし 3.未検 心筋血流シンチグラムにおける局所欠損1.あり 2.なし 3.未検 心内膜心筋生検における単核細胞浸潤および中等度以上的心筋間質の線維化1.あり 2.なし 3.未検

その他

臓器病変

右記以外の臓器で類上皮細胞肉芽腫を認め、右記臓器で肉芽腫による病変が強く疑われる	1.あり 2.なし ありの場合1.胸郭外リンパ節 2.中枢神経 3.末梢神経 4.鼻腔 5.耳下腺 6.頸下腺 7.涙腺 8.乳腺 9.腎臓 10.肝臓 11.脾臓 12.消化管 13.筋肉 14.骨 15.関節 16.その他の臓器 その他の臓器の内容
右記のいずれかの臓器で類上皮細胞肉芽腫を認める	1.あり 2.なし ありの場合1.胸郭外リンパ節 2.中枢神経 3.末梢神経 4.鼻腔 5.耳下腺 6.頸下腺 7.涙腺 8.乳腺 9.腎臓 10.肝臓 11.脾臓 12.消化管 13.筋肉 14.骨 15.関節 16.その他の臓器 その他の臓器の内容

■検査所見**病理学的所見**

生検で類上皮細胞肉芽腫あり その他の所見	1.あり 2.なし 3.未検 ありの場合 脳器名
-------------------------	-----------------------------

特徴的検査所見（6ヶ月以内）

両側肺門リンパ節腫脅	1.あり 2.なし 3.未検
血清アンジオテンシンI 転換酵素 (ACE) 活性上昇	1.あり 2.なし 3.未検
血清リゾチーム値上昇	1.あり 2.なし 3.未検
血清可溶性インターロイキン2レセプター値上昇	1.あり 2.なし 3.未検
⁶⁷ Gaシンチグラフィで集積陽性	1.あり 2.なし 3.未検
¹⁸ F-FDG PETで集積陽性	1.あり 2.なし 3.未検
気管支肺胞洗浄液のリンパ球比率上昇	1.あり 2.なし 3.未検
気管支肺胞洗浄液のCD4/8上昇	1.あり 2.なし 3.未検

病理学的所見**再燃例**

生検で類上皮細胞肉芽腫あり その他の所見	1.あり 2.なし 3.未検 ありの場合 検査年月日 西暦 年 月 日 臓器名
-------------------------	---

特徴的検査所見（6ヶ月以内）**再燃例**

両側肺門リンパ節腫脅	1.あり 2.なし 3.未検 ありの場合 検査年月日 西暦 年 月 日
血清アンジオテンシンI 転換酵素 (ACE) 活性上昇	1.あり 2.なし 3.未検 ありの場合 検査年月日 西暦 年 月 日 値 標準範囲
血清リゾチーム値上昇	1.あり 2.なし 3.未検 ありの場合 検査年月日 西暦 年 月 日 値 標準範囲
血清可溶性インターロイキン2レセプター値上昇	1.あり 2.なし 3.未検 ありの場合 検査年月日 西暦 年 月 日 値 標準範囲
⁶⁷ Gaシンチグラフィで集積陽性	1.あり 2.なし 3.未検 ありの場合 検査年月日 西暦 年 月 日
¹⁸ F-FDG PETで集積陽性	1.あり 2.なし 3.未検 ありの場合 検査年月日 西暦 年 月 日
気管支肺胞洗浄液のリンパ球比率上昇	1.あり 2.なし 3.未検 ありの場合 検査年月日 西暦 年 月 日 値
気管支肺胞洗浄液のCD4/8上昇	1.あり 2.なし 3.未検 ありの場合 検査年月日 西暦 年 月 日 値

■鑑別診断**鑑別診断**

鑑別できるものにチェック	1.悪性リンパ腫 2.その他のリンパ増殖性疾患 3.がん（がん性リンパ管症）4.結核 5.結核以外の肉芽腫を伴う感染症 6.ペーチェット病 7.アミロイドーシス 8.多発血管炎性肉芽腫症 (GPA) /ウェグナー肉芽腫症 9.シェーグレン症候群 10. IgG4 関連疾患 11.異物、がんなどによるサルコイド反応 12.ベリリウム肺 13.じん肺 14.過敏性肺炎 15.巨細胞性心筋炎 16.ヘルペス性ぶどう膜炎 17.HTLV-1 関連ぶどう膜炎 18.ポスナー・シロスマン症候群 19.環状肉芽腫 20.annular elastolytic giant cell granuloma 21.リポイド類壞死 22.Melkerson-Rosenthal 症候群 23.顔面播種状粟粒性狼瘡 24.酒さ 25.肝結核 26.ウイルス性肝炎 27.真菌症の肝病変 28.原発性胆汁性肝硬変
--------------	--

■重症度**重症度**

重症度	1 2 3 4
-----	---------

■治療その他

現在の治療状況

(今後6か月の予定の治療も含む)

副腎皮質ステロイド薬の全身投与	プレドニゾロン換算最大量 mg/日 治療効果1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明
その他の免疫抑制薬の全身投与	種類 最大投与量 治療効果1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明
その他の薬剤治療	薬剤名 治療効果1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明
非薬物療法(ペースメーカーなど)	治療法 治療の効果1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明

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

印

記載年月日: 平成 年 月 日

※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