

臨床調査個人票 095. 自己免疫性肝炎（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
出生市区町村	性別		
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	
診断年月	西暦 年 月
診断内容	1.他の原因による肝障害が否定される 2.抗核抗体陽性あるいは抗平滑筋抗体陽性 3.IgG高値(>基準値上限1.1倍) 4.組織学的にinterface hepatitisや形質細胞浸潤がみられる 5.副腎皮質ステロイドが著効する
改訂版国際診断スコア	点(治療前)

■臨床所見

理学所見			
身長	cm	体重	kg
臨床症状			
年月日	西暦	年	月 日
食道胃静脈瘤	1.あり 2.なし	黄疸	1.あり 2.なし
肝性脳症	1.あり 2.なし	腹水	1.あり 2.なし
その他	1.あり 2.なし	肝濁音界	1.正常 2.縮小 3.消失 4.不明
その他の内容			
合併症			
シェーグレン症候群	1.あり 2.なし	関節リウマチ	1.あり 2.なし
慢性甲状腺炎	1.あり 2.なし	その他の自己免疫疾患	1.あり 2.なし
肝細胞癌	1.あり 2.なし	肝細胞癌	1.あり 2.なし
その他	1.あり 2.なし	その他の内容	

■ 検査所見

血液・生化学検査等			
検査年月日	西暦 年 月 日	Alb	g/dL
ALT	IU/L	AST	IU/L
γGTP	IU/L	ALP	IU/L
総ビリルビン	mg/dL	IgG	mg/dL
血小板	×10 ⁴ /μL	NH3	μg/dL
プロトロンビン時間	%	PT-INR	
抗核抗体	免疫蛍光法1.陽性 2.陰性	免疫蛍光法の数値	倍
抗ミトコンドリア抗体 (AMA)	免疫蛍光法1.陽性 2.陰性 ELISA法1.陽性 2.陰性	免疫蛍光法の数値 ELISA法の数値	倍 インデックス
他の自己抗体陽性	1.陽性 2.陰性 ()		

組織検査	
検査実施1.実施 2.未実施	検査年月 西暦 年 月
interface hepatitis1.あり 2.なし	
リンパ球や形質細胞優位の細胞浸潤1.あり 2.なし	
肝細胞のロゼット形成1.あり 2.なし	
中心静脈周囲の肝細胞壊死1.あり 2.なし	
胆管病変1.あり 2.なし	
肝硬変1.あり 2.なし	

画像検査	
検査実施1.実施 2.未実施	検査年月 西暦 年 月
肝サイズの縮小1.あり 2.なし	
肝実質の不均質化1.あり 2.なし	

重症度	
自己免疫性肝炎診療ガイドライン (2013 年) 重症度判定	1.軽症 2.中等度 3.重症
組織学的あるいは臨床的に肝硬変と診断される症例	1.はい 2.いいえ

■ 治療その他

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

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。
- 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。