

## 042 結節性多発動脈炎

## ■ 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

診断

診断年月	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
------	--

A. 主要所見（#は厚生労働省診断基準の主要症候）（更新は最近1年の最重症時を記入する）

	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
高血圧 #	降圧薬投与	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	収縮期血圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg	
	拡張期血圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg	
38度以上の発熱が2週間以上継続 #	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	体重減少（6か月間で6kg以上減少） #	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
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	皮膚潰瘍 #	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明

網状皮斑	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	皮下結節 #	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
皮膚梗塞 (含爪床部)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	壊疽 #	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
紫斑 #、 出血斑	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	筋萎縮	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
筋痛 (炎) #	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	筋力低下 #	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
多関節痛 (炎) #	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	心筋梗塞 #	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
心膜炎 (心嚢炎) #	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	虚血性 心疾患 #	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
呼吸不全	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	PaO2 (室内気 、安静時)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Torr
心不全徴候 #	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	嘔吐	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
間質性肺炎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	喀血・血痰	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
肺梗塞	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	気管支喘息	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
胸膜炎 #	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	肺出血	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
消化管出血 #	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	便潜血反応 陽性	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明

腹膜炎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	腸閉塞 #	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
消化管の梗塞	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	部位	<input type="checkbox"/> 1. 膵 <input type="checkbox"/> 2. 肝 <input type="checkbox"/> 3. 腸 <input type="checkbox"/> 4. 脾	
急速進行性糸球体腎炎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	急速に進行する腎不全 #	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
慢性腎不全	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	腎梗塞 #	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
けいれん発作	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	精神症状	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
多発性単神経炎 #	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	ありの場合	<input type="checkbox"/> 1. 運動障害を伴う <input type="checkbox"/> 2. 運動障害を伴わない	
脳出血 #	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	脳梗塞 #	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
その他の神経症状	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	内容	<input type="checkbox"/> 1. 失神発作 <input type="checkbox"/> 2. 頭痛 <input type="checkbox"/> 3. めまい <input type="checkbox"/> 4. その他	
		*4 を選択の場合、以下に記入	
視力低下	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	眼底出血・白斑	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明

B. 検査所見（更新は最近1年の最重症時を記入する） \*小数点も1文字として記入する

尿検査					
病的蛋白尿の持続	<input type="checkbox"/> 1. あり		<input type="checkbox"/> 2. なし		<input type="checkbox"/> 3. 不明
	尿蛋白定性	<input type="checkbox"/> 1. +		<input type="checkbox"/> 2. 2+	<input type="checkbox"/> 3. 3+
血尿	<input type="checkbox"/> 1. あり		<input type="checkbox"/> 2. なし		<input type="checkbox"/> 3. 不明
	沈渣：赤血球	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> /HPF
細胞性円柱	<input type="checkbox"/> 1. あり		<input type="checkbox"/> 2. なし		<input type="checkbox"/> 3. 不明
	種類	<input type="checkbox"/> 1. 赤血球円柱		<input type="checkbox"/> 2. 白血球円柱	<input type="checkbox"/> 3. 顆粒円柱
血液検査					
白血球数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / $\mu$ L
好酸球数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / $\mu$ L
血小板数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> $\times 10^4$ / $\mu$ L
CRP	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/dL
赤沈	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mm/hr
クレアチニン	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/dL
BUN (尿素窒素)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/dL
IgG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/dL
IgE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	IU/mL
免疫複合体 (C1q 固相化法)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> $\mu$ g/mL				
	基準値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> $\mu$ g/mL
RF	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/mL				
	基準値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> IU/mL
MPO-ANCA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/mL				
	基準値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> IU/mL
	結果	<input type="checkbox"/> 1. 陽性		<input type="checkbox"/> 2. 陰性	<input type="checkbox"/> 3. 不明
PR3-ANCA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/mL				
	基準値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> IU/mL
	結果	<input type="checkbox"/> 1. 陽性		<input type="checkbox"/> 2. 陰性	<input type="checkbox"/> 3. 不明

抗 GBM 抗体	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/mL							
	基準値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/mL						
HBs 抗原	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 不明							
HCV 抗体	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 不明							
画像診断								
胸部 X 線写真	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	内容	<input type="checkbox"/> 1. 間質性肺炎 <input type="checkbox"/> 2. 浸潤陰影 (肺胞出血) <input type="checkbox"/> 3. 結節状陰影 <input type="checkbox"/> 4. その他						
血管造影								
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施							
	実施日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年 <input type="text"/>	<input type="text"/>	月 <input type="text"/>	<input type="text"/>
腹部大動脈分枝の 多発性小動脈瘤・ 壁不整・狭窄の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	その他具体的な所見							
病理組織検査 (新規)								
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施							
	実施日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年 <input type="text"/>	<input type="text"/>	月 <input type="text"/>	<input type="text"/>
部位 (選択)	<input type="checkbox"/> 1. 皮膚 <input type="checkbox"/> 2. 皮下結節 <input type="checkbox"/> 3. 筋 <input type="checkbox"/> 4. 滑膜 <input type="checkbox"/> 5. 鼻・副鼻腔 <input type="checkbox"/> 6. 腎 <input type="checkbox"/> 7. 肝 <input type="checkbox"/> 8. 肺 <input type="checkbox"/> 9. その他							
主たる組織像	中・小動脈フィブリノイド壊死性血管炎				<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明			

C. 鑑別診断（新規）

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. 顕微鏡的多発血管炎	<input type="checkbox"/> 2. 多発血管炎性肉芽腫症	<input type="checkbox"/> 3. 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症	
<input type="checkbox"/> 4. 川崎病血管炎	<input type="checkbox"/> 5. 膠原病（SLE、RA など）	<input type="checkbox"/> 6. IgA 血管炎	

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> Definite：以下の主要症候を2項目以上と以下の検査所見の1を満たす
<input type="checkbox"/> Probable(a)：以下の主要症候を2項目以上と以下の検査所見の2を満たす
<input type="checkbox"/> Probable(b)：以下の主要症候のうち1.を含む6項目以上を満たす
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない
主要症候
<input type="checkbox"/> 1. 発熱（38℃以上、2週以上）と体重減少（6か月以内に6kg以上） <input type="checkbox"/> 2. 高血圧 <input type="checkbox"/> 3. 急速に進行する腎不全、腎梗塞 <input type="checkbox"/> 4. 脳出血、脳梗塞 <input type="checkbox"/> 5. 心筋梗塞、虚血性心疾患、心膜炎、心不全 <input type="checkbox"/> 6. 胸膜炎 <input type="checkbox"/> 7. 消化管出血、腸閉塞 <input type="checkbox"/> 8. 多発性単神経炎 <input type="checkbox"/> 9. 皮下結節、皮膚潰瘍、壊疽、紫斑 <input type="checkbox"/> 10. 多関節痛（炎）、筋痛（炎）、筋力低下
検査所見
<input type="checkbox"/> 1. 中・小動脈フィブリノイド壊死性血管炎の存在（新規） <input type="checkbox"/> 2. 腹部大動脈分枝（特に腎内小動脈）の多発性小動脈瘤・壁不整・狭窄

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

1年間の原疾患および合併症による入院回数		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回
最近1年間の変化	<input type="checkbox"/> 1. 原疾患は活動性なく経過し免疫抑制療法等の維持または減量を行った <input type="checkbox"/> 2. 原疾患に対し外来で免疫抑制療法を強化した <input type="checkbox"/> 3. 原疾患に対し入院で免疫抑制療法を強化した <input type="checkbox"/> 4. 合併症のため入院した *4を選択の場合、以下に記入 <input type="checkbox"/> 5. その他の経過	

■ 治療その他

薬物療法		
副腎皮質ステロイド	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	プレドニゾロン換算最大量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
ステロイドパルス療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
免疫抑制薬	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	薬剤名 1	
	投与方法	<input type="checkbox"/> 1. 経口 <input type="checkbox"/> 2. 静注
	投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg
	単位	<input type="checkbox"/> 1. /日 <input type="checkbox"/> 2. /週 <input type="checkbox"/> 3. /2週 <input type="checkbox"/> 4. /月
	薬剤名 2	
	投与方法	<input type="checkbox"/> 1. 経口 <input type="checkbox"/> 2. 静注
	投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg
単位	<input type="checkbox"/> 1. /日 <input type="checkbox"/> 2. /週 <input type="checkbox"/> 3. /2週 <input type="checkbox"/> 4. /月	



生物学的製剤	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	薬剤名	
	投与方法	<input type="checkbox"/> 1. 皮下注 <input type="checkbox"/> 2. 静注
	投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg
	単位	<input type="checkbox"/> 1. /日 <input type="checkbox"/> 2. /週 <input type="checkbox"/> 3. /2 週 <input type="checkbox"/> 4. /月 <input type="checkbox"/> 5. その他の単位 *5 を選択の場合、以下に記入
その他の薬剤 1	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	薬剤名	
	投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	単位	
その他の薬剤 2	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	薬剤名	
	投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	単位	
アフェレーシス		
血漿交換療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
血液透析	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
その他の治療法 (手術など)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	治療法	

## ■ 重症度分類に関する事項

結節性多発動脈炎の重症度分類において、3度以上を対象とする。

<input type="checkbox"/> 1度	ステロイドを含む免疫抑制薬の維持量ないしは投薬なしで1年以上病状が安定し、臓器病変および合併症を認めず日常生活に支障なく寛解状態にある患者（血管拡張剤、降圧剤、抗凝固剤などによる治療は行ってもよい）
<input type="checkbox"/> 2度	ステロイドを含む免疫抑制療法の治療と定期的外来通院を必要とするも、臓器病変と合併症は併存しても軽微であり、介助なしで日常生活に支障のない患者
<input type="checkbox"/> 3度	機能不全に至る臓器病変（腎、肺、心、精神・神経、消化管など）ないし合併症（感染症、圧迫骨折、消化管潰瘍、糖尿病など）を有し、しばしば再燃により入院または入院に準じた免疫抑制療法ないし合併症に対する治療を必要とし、日常生活に支障をきたしている患者。臓器病変の程度は注1のa～hのいずれかを認める
<input type="checkbox"/> 4度	臓器の機能と生命予後に深く関わる臓器病変（腎不全、呼吸不全、消化管出血、中枢神経障害、運動障害を伴う末梢神経障害、四肢壊死など）ないしは合併症（重症感染症など）が認められ、免疫抑制療法を含む厳重な治療管理ないし合併症に対する治療を必要とし、少なからず入院治療、時に一部介助を要し、日常生活に支障のある患者。臓器病変の程度は注2のa～hのいずれかを認める
<input type="checkbox"/> 5度	重篤な不可逆性臓器機能不全（腎不全、心不全、呼吸不全、意識障害・認知障害、消化管手術、消化・吸収障害、肝不全など）と重篤な合併症（重症感染症、DICなど）を伴い、入院を含む厳重な治療管理と少なからず介助を必要とし、日常生活が著しく支障をきたしている患者。これには、人工透析、在宅酸素療法、経管栄養などの治療を要する患者も含まれる。臓器病変の程度は注3のa～hのいずれかを認める

注.

※注1：以下のいずれかを認めること	
a.	肺線維症により軽度の呼吸不全を認め、 $PaO_2$ が60～70Torr
b.	NYHA2度の心不全徴候を認め、心電図上陳旧性心筋梗塞、心房細動（粗動）、期外収縮あるいはST低下（0.2mV以上）の1つ以上認める
c.	血清クレアチニン値が2.5～4.9mg/dLの腎不全
d.	両眼の視力の和が0.09～0.2の視力障害
e.	拇指を含む2関節以上の指・趾切断
f.	末梢神経障害による1肢の機能障害（筋力3）
g.	脳血管障害による軽度の片麻痺（筋力4）
h.	血管炎による便潜血反応中等度以上陽性、コーヒー残渣物の嘔吐
※注2：以下のいずれかを認めること	
a.	肺線維症により中等度の呼吸不全を認め、 $PaO_2$ が50～59Torr
b.	NYHA3度の心不全徴候を認め、胸部X線上CTR60%以上、心電図上陳旧性心筋梗塞、脚ブロック、2度以上の房室ブロック、心房細動（粗動）、人工ペースメーカーの装着、のいずれかを認める
c.	血清クレアチニン値が5.0～7.9mg/dLの腎不全
d.	両眼の視力の和が0.02～0.08の視力障害
e.	1肢以上の手・足関節より中枢側における切断
f.	末梢神経障害による2肢の機能障害（筋力3）
g.	脳血管障害による著しい片麻痺（筋力3）
h.	血管炎による両眼的下血、嘔吐を認める。



※注3：以下のいずれかを認めること	
a.	肺線維症により高度の呼吸不全を認め、PaO <sub>2</sub> が50Torr未満
b.	NYHA4度の心不全徴候を認め、胸部X線上CTR60%以上、心電図上陳旧性心筋梗塞、脚ブロック、2度以上の房室ブロック、心房細動（粗動）、人工ペースメーカーの装着、のいずれか2以上を認める
c.	血清クレアチニン値が8.0mg/dLの腎不全
d.	両眼の視力の和が0.01以下の視力障害
e.	2肢以上の手・足関節より中枢側の切断
f.	末梢神経障害による3肢以上の機能障害（筋力3）、もしくは1肢以上の筋力全廃（筋力2以下）
g.	脳血管障害による完全片麻痺（筋力2以下）
h.	血管炎による消化管切除術を施行

なお、症状の程度が上記の重症度分類等で一定以上に該当しない者であるが、高額な医療を継続することが必要な者については、医療費助成の対象とする

■ 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"/> 軽度介助	<input type="checkbox"/> 部分介助 <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"/> 軽度介助	<input type="checkbox"/> 部分介助 <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
診断年月日	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。
- ・診断年月日欄には、本臨床調査個人票に記載された内容を診断した日を記載してください。
- ・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。