

## 084 サルコイドーシス

## ■ 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

A. 症状・所見（新規）

臨床症状・所見	<input type="checkbox"/> 1. あり    *1の場合、以下より選択 <input type="checkbox"/> 2. なし
	<input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 神経
	<input type="checkbox"/> 臓器非特異的全身症状 <input type="checkbox"/> 胸郭外リンパ節 <input type="checkbox"/> その他の臓器
	*その他の臓器を選択した場合、以下に記入

B. 検査所見（新規）    \*小数点も1文字として記入する

特徴的検査所見：再燃例は前回の検査年月を記載	
以下の5項目中2項目以上の所見がある	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
1. 両側肺門縦隔リンパ節腫脹（BHL）	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未検
	再燃の場合：前回
	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月

2. 血清アンジオテンシン I 転換酵素 (ACE) 活性上昇または血清リゾチーム値上昇	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未検 *1 の場合、以下より選択
	<input type="checkbox"/> ACE <input type="checkbox"/> リゾチーム
	再燃の場合：前回
	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
3. 血清可溶性インターロイキン 2 レセプター値上昇	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未検
	再燃の場合：前回
	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
4. <sup>67</sup> Ga シンチグラフィまたは <sup>18</sup> F-FDG/PET における著明な集積所見	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未検 *1 の場合、以下より選択
	<input type="checkbox"/> <sup>67</sup> Ga シンチグラフィ <input type="checkbox"/> <sup>18</sup> F-FDG/PET
	再燃の場合：前回
	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
5. 気管支肺胞洗浄液のリンパ球比率上昇または CD4/CD8 比の上昇	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未検
	再燃の場合：前回
	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月

C. 臓器病変を強く示唆する臨床所見 (新規)

呼吸器、眼、心臓の 3 臓器のうち 2 臓器以上で、各臓器病変を強く示唆する臨床所見が陽性	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
1. 呼吸器病変を強く示唆する臨床所見	<input type="checkbox"/> 1. あり (少なくとも以下 a、b の 1 つが陽性の場合) <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未検 *1 の場合、以下より選択
	<input type="checkbox"/> a. 両側肺門縦隔リンパ節腫脹
	<input type="checkbox"/> b. 気管支血管束周囲間質の肥厚やリンパ路に沿った多発粒状影



3. 心臓病変を強く示唆する臨床所見	副徴候	a. 心電図で心室性不整脈（非持続性心室頻拍、多源性あるいは頻発する心室期外収縮）、脚ブロック、軸偏位、異常Q波のいずれかの所見	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未検
		b. 心筋血流シンチグラムにおける局所欠損	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未検
		c. 心内膜心筋生検：単核細胞浸潤および中等度以上の心筋間質の線維化	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未検

#### D. 鑑別診断（新規）

以下の疾病を鑑別して除外する.	<input type="checkbox"/> すべて除外できる <input type="checkbox"/> 除外できないものがある（下記の中で除外できないものを選択する）
<input type="checkbox"/> 1. 悪性リンパ腫	
<input type="checkbox"/> 2. その他のリンパ増殖性疾患	
<input type="checkbox"/> 3. がん（がん性リンパ管症）	
<input type="checkbox"/> 4. ベーチェット病	
<input type="checkbox"/> 5. アミロイドーシス	
<input type="checkbox"/> 6. 多発血管炎性肉芽腫症（GPA）／ウェゲナー肉芽腫	
<input type="checkbox"/> 7. IgG4 関連疾患	
<input type="checkbox"/> 8. ブラウ症候群	
<input type="checkbox"/> 9. 結核	
<input type="checkbox"/> 10. 結核以外の肉芽腫を伴う感染症（非結核性抗酸菌症、真菌症）	
<input type="checkbox"/> 11. 異物、がんなどによるサルコイド反応	
<input type="checkbox"/> 12. ベリリウム肺	
<input type="checkbox"/> 13. じん肺	
<input type="checkbox"/> 14. 過敏性肺炎	
<input type="checkbox"/> 15. 巨細胞性心筋炎	
<input type="checkbox"/> 16. ヘルペス性ぶどう膜炎	
<input type="checkbox"/> 17. HTLV-1 関連ぶどう膜炎	
<input type="checkbox"/> 18. ポスナー・シュロスマン症候群	
<input type="checkbox"/> 19. 環状肉芽腫	
<input type="checkbox"/> 20. 環状弾性線維融解性巨細胞肉芽腫	
<input type="checkbox"/> 21. リポイド類壊死	
<input type="checkbox"/> 22. メルカーソン・ローゼンタール症候群	
<input type="checkbox"/> 23. 顔面播種状粟粒性狼瘡	
<input type="checkbox"/> 24. 酒さ	
<input type="checkbox"/> 25. 原発性胆汁性胆管炎	

E. 病理学的所見（新規）

病理学的所見：再燃例は前回の検査年月を記載										
乾酪壊死を伴わない 類上皮細胞肉芽腫病変	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 未検									
	再燃の場合：前回									
	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月									
	<table border="0"> <tr> <td rowspan="3">臓器</td> <td><input type="checkbox"/> リンパ節</td> <td><input type="checkbox"/> 肺</td> <td><input type="checkbox"/> 気管支</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 皮膚</td> <td><input type="checkbox"/> 肝</td> <td><input type="checkbox"/> 筋肉</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 心内膜心筋</td> <td><input type="checkbox"/> その他</td> <td>*その他を選択した場合、以下に記入</td> </tr> </table>	臓器	<input type="checkbox"/> リンパ節	<input type="checkbox"/> 肺	<input type="checkbox"/> 気管支	<input type="checkbox"/> 皮膚	<input type="checkbox"/> 肝	<input type="checkbox"/> 筋肉	<input type="checkbox"/> 心内膜心筋	<input type="checkbox"/> その他
臓器	<input type="checkbox"/> リンパ節		<input type="checkbox"/> 肺	<input type="checkbox"/> 気管支						
	<input type="checkbox"/> 皮膚		<input type="checkbox"/> 肝	<input type="checkbox"/> 筋肉						
	<input type="checkbox"/> 心内膜心筋	<input type="checkbox"/> その他	*その他を選択した場合、以下に記入							

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> 組織診断群：A、B、Cのいずれかで1項目以上を満たし、Dが除外され、Eの所見が陽性のもの
<input type="checkbox"/> 臨床診断群：Aの1項目以上があり、Bの5項目中2項目以上であり、Cの呼吸器、眼、心臓病変3項目中2項目を満たし、Dが除外され、Eの所見が陰性であるもの
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない

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

--

臨床所見 (更新)

臨床症状	<input type="checkbox"/> 1. あり *1の場合、以下より選択 <input type="checkbox"/> 2. なし				
	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 痛み (胸痛、関節痛、全身痛)				
		<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 眼症状 <input type="checkbox"/> 皮膚症状 <input type="checkbox"/> 神経症状 <input type="checkbox"/> その他			
呼吸器病変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	神経系病変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
眼病変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	筋病変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
心臓病変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	骨病変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
皮膚病変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし				
その他の臓器病変	<input type="checkbox"/> 1. あり *1の場合、以下より選択 <input type="checkbox"/> 2. なし				
	<input type="checkbox"/> 神経系 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 脾 <input type="checkbox"/> 消化管 <input type="checkbox"/> 腎				
	<input type="checkbox"/> 胸郭外リンパ節 (表在リンパ節、腹腔内リンパ節)				
		<input type="checkbox"/> 外分泌腺 (唾液腺、涙腺) <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 筋 <input type="checkbox"/> その他			

■ 発症と経過 (新規)

発見動機	<input type="checkbox"/> 1. 健康診断 <input type="checkbox"/> 2. 自覚症状 <input type="checkbox"/> 3. 他疾患受診中 <input type="checkbox"/> 4. 再燃 <input type="checkbox"/> 5. 不明
経過 (最近6か月の経過)	<input type="checkbox"/> 1. 軽快 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 徐々に悪化 <input type="checkbox"/> 4. 急速に悪化

■ 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 (後部テノン嚢下注射を含む)	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	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
	治療効果 <input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明

免疫抑制薬の全身投与	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	種類	
	最大投与量	
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
難治性病態 (慢性呼吸不全、続発緑内障、慢性心不全、神経・筋障害、著しい全身症状) の治療	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	薬剤名	
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
非薬物療法 (ペースメーカーなど)	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	治療法	
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明

■ 重症度分類に関する事項

臓器病変数	<input type="checkbox"/> 1. 1 または 2 臓器病変 (1) <input type="checkbox"/> 2. 3 臓器病変以上または心臓病変 (2)
治療の必要性 (全身ステロイド治療、 全身免疫抑制薬治療)	<input type="checkbox"/> 1. 治療なし (0) <input type="checkbox"/> 2. 必要性はあるが治療なし (1) <input type="checkbox"/> 3. 治療予定または治療あり (2)
サルコイドーシスに 関連した各種臓器の 身体障害の認定	<input type="checkbox"/> 1. 身体障害なし (0) <input type="checkbox"/> 2. 身体障害 3 級または 4 級 (1) <input type="checkbox"/> 3. 身体障害 1 級または 2 級 (2)
合計スコア	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
重症度 (重症度 III、IV を対象)	<input type="checkbox"/> 1. 重症度 I (スコア 1) <input type="checkbox"/> 2. 重症度 II (スコア 2) <input type="checkbox"/> 3. 重症度 III (スコア 3 または 4) <input type="checkbox"/> 4. 重症度 IV (スコア 5 または 6)

■ 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。