

## 085 特発性間質性肺炎

## ■ 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

<input type="checkbox"/> 1. 特発性肺線維症 (IPF)	<input type="checkbox"/> 2. IPF 以外の間質性肺炎
IPF 以外の 間質性肺炎	<input type="checkbox"/> 1. NSIP <input type="checkbox"/> 2. AIP <input type="checkbox"/> 3. COP <input type="checkbox"/> 4. DIP <input type="checkbox"/> 5. RB-ILD <input type="checkbox"/> 6. LIP <input type="checkbox"/> 7. その他

A. 主要所見

身体所見 (新規)			
身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	体重	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
主要症状			
1. 捻髪音	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
2. 乾性咳嗽	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
3. 労作時呼吸困難	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	mMRC グレード分類	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
4. ばち指	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		

B. 検査所見 \*小数点も1文字として記入する

血清学的検査			
KL-6の上昇	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> U/mL
SP-Dの上昇	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
SP-Aの上昇	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL
LDHの上昇	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L
リウマチ因子の上昇	<input type="checkbox"/> 1.陽性 <input type="checkbox"/> 2.陰性 <input type="checkbox"/> 3.不明	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/mL
RAPAの上昇	<input type="checkbox"/> 1.陽性 <input type="checkbox"/> 2.陰性 <input type="checkbox"/> 3.不明	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 倍
抗核抗体	<input type="checkbox"/> 1.陽性 <input type="checkbox"/> 2.陰性 <input type="checkbox"/> 3.不明	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 倍
MPO-ANCA	<input type="checkbox"/> 1.陽性 <input type="checkbox"/> 2.陰性 <input type="checkbox"/> 3.不明	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/mL
CKの上昇	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L
その他	内容		
胸部 X線画像所見			
検査年月日	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		
1. 両側びまん性陰影	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.未実施		
	<input type="checkbox"/> 一側 <input type="checkbox"/> 両側		
2. 中下肺野、外側優位	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	3. 肺野の縮小	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
胸部 HRCT 画像所見			
添付検査データの 実施日	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		
画像所見	<input type="checkbox"/> 1. 胸膜直下の陰影分布		<input type="checkbox"/> 2. 蜂巣肺
	<input type="checkbox"/> 3. 網状陰影		<input type="checkbox"/> 4. 牽引性気管支・細気管支拡張
	<input type="checkbox"/> 5. すりガラス陰影		<input type="checkbox"/> 6. 浸潤影 (コンソリデーション)

血液ガス、呼吸機能、6分間歩行試験			
安静時 PaO <sub>2</sub> (室内気)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Torr	安静時 AaDO <sub>2</sub>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Torr
FVC	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL	%FVC	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %
拘束性障害 (%VC)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %	%FEV <sub>1</sub>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
拡散障害 (%DLco)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %		
6分間歩行時 SpO <sub>2</sub> 試験の実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施		
	lowest SpO <sub>2</sub>	<input type="text"/> <input type="text"/> %	
	歩行距離	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m	
気管支肺胞洗浄液 (BAL) 検査			
<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施			
検査年月日	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		
回収率	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %		
肺胞 マクロファージ	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %	リンパ球	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
好中球	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %	好酸球	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
CD4/CD8 比	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>		
経気管支肺生検 (TBLB)			
<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施			
検査年月日	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		
所見記載			
病理学的所見 (新規)			
外科的肺生検	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施		
検査年月日	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		
方法	<input type="checkbox"/> 1. 開胸肺生検 <input type="checkbox"/> 2. 胸腔鏡下肺生検		
所見	<input type="checkbox"/> 1. UIP <input type="checkbox"/> 2. NSIP <input type="checkbox"/> 3. OP <input type="checkbox"/> 4. RB <input type="checkbox"/> 5. DIP <input type="checkbox"/> 6. DAD <input type="checkbox"/> 7. LIP <input type="checkbox"/> 8. その他		

### 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. 心不全	<input type="checkbox"/> 2. 肺炎（特に異型肺炎）	<input type="checkbox"/> 3. 既知の原因による急性肺障害（ALI）			
<input type="checkbox"/> 4. 膠原病	<input type="checkbox"/> 5. 血管炎	<input type="checkbox"/> 6. サルコイドーシス			
<input type="checkbox"/> 7. 過敏性肺炎	<input type="checkbox"/> 8. じん肺	<input type="checkbox"/> 9. 放射線肺炎			
<input type="checkbox"/> 10. 薬剤性肺炎	<input type="checkbox"/> 11. 好酸球性肺炎	<input type="checkbox"/> 12. びまん性汎細気管支炎			
<input type="checkbox"/> 13. 癌性リンパ管症	<input type="checkbox"/> 14. 肺胞上皮癌	<input type="checkbox"/> 15. リンパ脈管筋腫症（LAM）			
<input type="checkbox"/> 16. 肺胞蛋白症	<input type="checkbox"/> 17. ランゲルハンス細胞組織球症				

### <診断のカテゴリー>

特発性肺線維症：下記①～⑤に関し、下記条件を満たす Definite および Probable な症例を IPF と診断

<input type="checkbox"/> Definite：下記①～⑤の全項目を満たす、あるいは外科的肺生検病理組織診断で UIP
<input type="checkbox"/> Probable：下記①～⑤のうち、⑤を含む3項目以上を満たす
<input type="checkbox"/> Possible：下記①～⑤のうち、⑤を含む2項目しか満たさない
<input type="checkbox"/> 特発性肺線維症以外の特発性間質性肺炎：下記①～④を満たし、B. の病理学的所見で 2. NSIP～7. LIP のいずれかと診断され、臨床所見、画像所見、BAL 液所見などと矛盾しない症例
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない
<input type="checkbox"/> ①主要症状の1捻髪音を認め、2～4の1項目以上を認める
<input type="checkbox"/> ②血清学的検査で下記の1項目以上が上昇 <input type="checkbox"/> KL-6 <input type="checkbox"/> SP-D <input type="checkbox"/> SP-A <input type="checkbox"/> LDH
<input type="checkbox"/> ③呼吸機能：下記の2項目以上を満たす <input type="checkbox"/> 拘束性障害（%VC<80%） <input type="checkbox"/> 拡散障害（%DLco<80%） <input type="checkbox"/> 低酸素血症（以下の1項目以上） （ <input type="checkbox"/> 安静時 PaO <sub>2</sub> ：80Torr 未満 <input type="checkbox"/> 安静時 AaDO <sub>2</sub> ：20Torr 以上 <input type="checkbox"/> 6分間歩行時 SpO <sub>2</sub> ：90%以下）
<input type="checkbox"/> ④B の胸部 X 線画像所見で両側びまん性陰影を含む2項目以上を認める
<input type="checkbox"/> ⑤病理診断を伴わない IPF：胸部 HRCT 画像所見で胸膜直下の陰影分布および蜂巢肺を認める

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（新規）

喫煙歴	<input type="checkbox"/> 1. 現在喫煙 <input type="checkbox"/> 2. 過去に喫煙したがやめた <input type="checkbox"/> 3. なし					
	本数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	本/日	年数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年
粉塵吸引歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明					
	年数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
発症形式	<input type="checkbox"/> 1. 慢性発症（3か月以上） <input type="checkbox"/> 2. 亜急性発症（1～3か月） <input type="checkbox"/> 3. 急性発症（1か月以内）					

■ 治療その他

副腎皮質ステロイド	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし							
	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	
	治療期間（自）	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
	治療期間（至）	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
免疫抑制薬	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし							
	種類							
	量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					mg/日	
	治療期間（自）	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
	治療期間（至）	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

在宅酸素療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	治療期間（自）	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
	治療期間（至）	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
抗線維化薬 (ピルフェニドン)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
	治療期間（自）	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
	治療期間（至）	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
抗線維化薬 (ニンテダニブ)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
	治療期間（自）	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
	治療期間（至）	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
その他薬剤 (N-アセチル システイン等)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	種類	
	量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
	治療期間（自）	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
	治療期間（至）	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

■ 重症度分類に関する事項

新重症度分類	<input type="checkbox"/> 1. I <input type="checkbox"/> 2. II <input type="checkbox"/> 3. III <input type="checkbox"/> 4. IV
--------	---

■ 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。