

223 一次性膜性増殖性糸球体腎炎

■ 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

A. 病理所見

I. 膜性増殖性糸球体腎炎 I 型・坂口分類	
1. メサンギウム増殖性腎炎型 (後期ないし前期)	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
	<input type="checkbox"/> 1a. メサンギウム細胞軽度増殖 <input type="checkbox"/> 1b. 中等度メサンギウム細胞増殖
2. 慢性・巣状型	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
	<input type="checkbox"/> 巣状分節性に、あるいは巣状全節性にメサンギウム細胞増殖、係蹄壁の二重化を見る。
3. 急性・巣状型	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
	<input type="checkbox"/> 巣状分節性、巣状全節性に内皮細胞の腫大、メサンギウム細胞の腫大と増殖により血管腔がほとんど閉塞している。係蹄壁の二重化はほとんど見られず、どの糸球体にも好中球が見られる。

4. 慢性・びまん型	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
	<input type="checkbox"/> 4a. 軽度：分節性に糸蹄壁の二重化が見られる。
	<input type="checkbox"/> 4b. 非分葉型：糸蹄壁の二重化がびまん性・全節性に見られ、 メサンギウム間入があるが、軸部のメサンギウム増殖は軽度である。
	<input type="checkbox"/> 4c. 中等度：糸蹄壁の二重化がどの糸球体にも認められる。4a に比べて二重化の部分が多い。
5. 急性・びまん型	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
	<input type="checkbox"/> 5a. 管内増殖型：管内増殖性腎炎と鑑別が難しいほど類似している。
	<input type="checkbox"/> 5b. 中等度：管内増殖が強く糸球体が中等度に腫大したものである。 光顕的にも沈着物を見ることができる。
	<input type="checkbox"/> 5c. 高度：細胞増殖の程度は5b とほぼ同程度だが糸球体の腫大がより 著明に見える。
6. 分葉型	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
	<input type="checkbox"/> 糸球体は中等度腫大し、糸蹄壁には二重化がある。 メサンギウム基質の増加（硬化）を主体とした結節性病変が見られる。
7. 終末期型	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
	<input type="checkbox"/> 硬化糸球体となっており、証拠は見つけがたい。

II. 付加的所見の記載

1. 糸球体	観察糸球体数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 個
	A. 全節性、分節性硬化巣の割合 (%)	全節性 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
		分節性 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
	B. 半月体の出現頻度 (%)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
	C. 白血球の浸潤程度 (-~++)	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++
	D. 泡沫細胞集積の程度 (-~++)	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++
	E. 沈着物の量 (-~++)	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++

2. 尿細管・ 間質	A. 皮質の尿細管・間質変化の程度 (%)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
	B. 尿細管上皮の泡沫細胞化の程度 (-~++)	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++
3. 血管	細動脈硬化の程度 (-~++)	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++

B. 臨床所見

成人における診断基準

1. 蛋白尿：3.5g/日以上を認める (随時尿において尿蛋白/尿クレアチニン比が3.5g/gCr 以上の場合もこれに準ずる)	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 低アルブミン血症：血清アルブミン値3.0g/dL 以下を 認める	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明

小児における診断基準 *小児慢性特定疾病の状態の程度に準ずる

1. 高度蛋白尿 (夜間蓄尿で 40mg/hr/m ² 以上) または 早朝尿で尿蛋白クレアチニン比 2.0g/gCr 以上を認める	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 低アルブミン血症：血清アルブミン値2.5g/dL 以下を 認める	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明

C. 検査所見 (過去6か月以内) *小数点も1文字として記入する

尿検査	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
	尿蛋白	<input type="checkbox"/> 1. - <input type="checkbox"/> 2. ± <input type="checkbox"/> 3. + <input type="checkbox"/> 4. 2+ <input type="checkbox"/> 5. 3+以上
	尿潜血	<input type="checkbox"/> 1. - <input type="checkbox"/> 2. ± <input type="checkbox"/> 3. + <input type="checkbox"/> 4. 2+ <input type="checkbox"/> 5. 3+以上
	1日蛋白量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/日
	尿蛋白 g/gCr	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/gCr
血液検査	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
	総蛋白	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dL
	アルブミン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dL
	クレアチニン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
	eGFR	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL/分/1.73m ²
	C3	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
	C4	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL

D. 鑑別診断

以下の疾患を鑑別し、全て除外できる。 除外できた疾患には☑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
免疫複合体疾患	<input type="checkbox"/> ループス腎炎 <input type="checkbox"/> 紫斑病性腎炎 <input type="checkbox"/> その他の疾患 *その他の疾患を選択の場合、以下に記入			
代謝性疾患	<input type="checkbox"/> デンスデポジット病 (以前の II 型)			
異常蛋白 (パラプロテイン) 血症	<input type="checkbox"/> クリオグロブリン <input type="checkbox"/> 重鎖沈着症 <input type="checkbox"/> 軽鎖沈着症 <input type="checkbox"/> その他の疾患 *その他の疾患を選択の場合、以下に記入			
感染症	<input type="checkbox"/> B 型・C 型肝炎ウイルス <input type="checkbox"/> パルボウイルス B19 <input type="checkbox"/> 細菌性心内膜炎 <input type="checkbox"/> シヤント腎炎 <input type="checkbox"/> その他の疾患 *その他の疾患を選択の場合、以下に記入			
腫瘍	<input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 白血病 <input type="checkbox"/> その他の疾患 *その他の疾患を選択の場合、以下に記入			
遺伝性疾患	<input type="checkbox"/> 補体異常症			
肝疾患	<input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> アンチトリプシン欠損症			

<診断のカテゴリー>

A. 病理所見の I で 1~6 のいずれかに分類され、B. 臨床所見としてネフローゼ症候群の診断基準を満たし、D. 鑑別診断で全ての疾患が除外できる	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
---	--

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

■ 治療その他

これまでに使用したステロイド・免疫抑制薬・ 抗血小板薬等の種類と投与量		<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明			
ステロイド治療							
経口ステロイド	初期投与量	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/日
	維持投与量	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/日
ステロイド・パルス療法併用	初期投与量	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/日
	維持投与量	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/日
経口							
プレドニゾン	初期投与量	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/日
	維持投与量	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/日
メチルプレドニゾン	初期投与量	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/日
	維持投与量	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/日
デキサメサゾン	初期投与量	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		mg/日
	維持投与量	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		mg/日
その他の薬剤	初期投与量	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/日
	維持投与量	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/日
	*以下に薬剤名を記入						
カルシニューリン阻害薬							
シクロスポリン	初期投与量	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		mg/日
	維持投与量	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		mg/日
タクロリムス	初期投与量	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		mg/日
	維持投与量	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		mg/日

アルキル化薬		
経口シクロfosファミド	初期投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
	維持投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
静注シクロfosファミド	初期投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
	維持投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
核酸合成阻害薬		
ミゾリビン	初期投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
	維持投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
コフェノール酸モフェチル	初期投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
	維持投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
アザチオプリン	初期投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
	維持投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
その他		
リツキサン	初期投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
	維持投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
その他の薬剤	初期投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
	維持投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
	*以下に薬剤名を記入	
<input type="text"/>		
腎代替療法		
<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施 <input type="checkbox"/> 3. 不明		
実施の場合 最初に実施した方法	<input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> 腎移植	

■ 重症度分類に関する事項

<input type="checkbox"/> 1. 小児（18歳未満）で以下のaまたはbに該当する <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> a. 病理診断で診断が確定し、治療でステロイド薬、免疫抑制薬、生物学的製剤、抗凝固薬、抗血小板薬、アルブミン製剤、降圧薬のうち1つ以上を用いる場合 <input type="checkbox"/> b. 腎移植を行った場合
<input type="checkbox"/> 2. 成人で以下のa～cのいずれかに該当する <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> a. CKD重症度分類ヒートマップが赤色の部分の患者 <input type="checkbox"/> b. ネフローゼ症候群の基準を満たしている患者 <input type="checkbox"/> c. 免疫抑制治療（ステロイド治療を含む）を行っても寛解に至らない、あるいは持続的低補体血症を伴う患者
<input type="checkbox"/> 3. いずれにも該当しない

CKD 重症度分類ヒートマップ

CKD 重症度分類ヒートマップ	<input type="checkbox"/> 緑 <input type="checkbox"/> 黄 <input type="checkbox"/> オレンジ <input type="checkbox"/> 赤
①GFR 区分 (mL/分/1.73 m ²)	<input type="checkbox"/> G1 (正常または高値: ≥90) <input type="checkbox"/> G2 (正常または軽度低下: 60~89) <input type="checkbox"/> G3a (軽度~中等度低下: 45~59) <input type="checkbox"/> G3b (中等度~高度低下: 30~44) <input type="checkbox"/> G4 (高度低下: 15~29) <input type="checkbox"/> G5 (末期腎不全 (ESKD): <15)
②蛋白尿区分 尿蛋白定量 (g/日) あるいは 尿蛋白/Cr 比 (g/gCr)	<input type="checkbox"/> A1 (正常 0.15 未満) <input type="checkbox"/> A2 (軽度蛋白尿 0.15~0.49) <input type="checkbox"/> A3 (高度蛋白尿 0.50 以上)

■ 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。）
- ・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。