

277 リンパ管腫症/ゴーハム病

■ 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. 脈管奇形（血管奇形およびリンパ管奇形）診断基準

軟部・体表などの血管あるいはリンパ管の異常な拡張・吻合・集簇など、構造の異常から成る病変で、理学的所見、画像診断あるいは病理組織にてこれを認めるもの	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 静脈奇形（海綿状血管腫）	<input type="checkbox"/> 動静脈奇形
<input type="checkbox"/> リンパ管奇形（リンパ管腫）	<input type="checkbox"/> リンパ管腫症・ゴーハム病
<input type="checkbox"/> 毛細血管奇形（単純性血管腫・ポートワイン母斑）	<input type="checkbox"/> 混合型脈管奇形（混合型血管奇形）

鑑別診断

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
1. 血管あるいはリンパ管を構成する細胞等に腫瘍性の増殖がある疾患	<input type="checkbox"/> 乳児血管腫（イチゴ状血管腫） <input type="checkbox"/> 血管肉腫
2. 明らかな後天性病変	<input type="checkbox"/> 静脈瘤 <input type="checkbox"/> リンパ浮腫 <input type="checkbox"/> 外傷性・医原性動静脈瘻 <input type="checkbox"/> 動脈瘤

B. 細分類 リンパ管腫症／ゴーム病 診断基準

(1) 主要所見	
a) 骨皮質もしくは髄質が局在性もしくは散在性に溶解 (全身骨に起こりうる)	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
b) 肺、縦隔、心臓など胸腔内臓器にびまん性に リンパ管腫様病変、またはリンパ液貯留	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
c) 肝臓、脾臓など腹腔内臓器にびまん性に リンパ管腫様病変、または腹腔内にリンパ液貯留	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
(2) 病理学的所見	
組織学的には、リンパ管内皮によって裏打ちされた 不規則に拡張したリンパ管組織よりなり、一部に 紡錘形細胞の集簇を認めることがある。腫瘍性の増殖は 認めない。	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明

除外疾患

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 <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> リンパ脈管筋腫症などの他のリンパ管疾患	<input type="checkbox"/> 悪性新生物による溶骨性疾患
<input type="checkbox"/> 遺伝性先端骨溶解症	<input type="checkbox"/> 特発性多中心性溶骨性腎症
<input type="checkbox"/> 遺伝性溶骨症候群などの先天性骨溶解疾患	

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> A. を満たし、鑑別疾患を除外した上で、B (1) の a)～c) のうち 1 つ以上の主要所見を満たし、 (2) の病理所見を認める
<input type="checkbox"/> A. を満たし、鑑別疾患を除外した上で、B (1) の a)～c) のうち 1 つ以上の主要所見を満たし、 病理検査が困難な症例で、臨床的に除外疾患を全て否定できる
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない

(特記事項) 皮膚、皮下軟部組織、脾臓単独のリンパ管腫症は、医療費助成の対象としない。リンパ管奇形(リンパ管腫)が明らかに多発もしくは浸潤拡大傾向を示す場合には、リンパ管腫症と診断する。

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

症状（複数回答可）	
<input type="checkbox"/> 骨溶解	<input type="checkbox"/> 骨痛
<input type="checkbox"/> 側弯	<input type="checkbox"/> 四肢短縮
<input type="checkbox"/> 胸水	<input type="checkbox"/> 縦隔浸潤
<input type="checkbox"/> 胸膜炎	<input type="checkbox"/> 心嚢水
<input type="checkbox"/> 腹水	<input type="checkbox"/> 腹腔内リンパ管腫
<input type="checkbox"/> その他	*その他を選択の場合、以下に記入
<input type="checkbox"/> 病的骨折	<input type="checkbox"/> リンパ浮腫
<input type="checkbox"/> リンパ漏	<input type="checkbox"/> 肺浸潤
<input type="checkbox"/> 肺嚢胞	<input type="checkbox"/> 心膜炎
<input type="checkbox"/> 心不全	<input type="checkbox"/> 肝臓病変
<input type="checkbox"/> 脾臓病変	
具体的に	
発症もしくは、悪化の原因 (原因として考えられるものは 全て挙げてください)	<input type="checkbox"/> 1. あり
	<input type="checkbox"/> 2. なし
	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 感染症	
<input type="checkbox"/> 手術	
<input type="checkbox"/> その他	
*その他を選択の場合、以下に記入	
具体的に	
骨病変の部位と病変数（ない場合は記載不要）（例：側頭骨に3 cm大の骨溶解が2個）	
病変	
骨病変の X 線写真の所見（ない場合は記載不要）	
<input type="checkbox"/> 骨皮質欠損	<input type="checkbox"/> 髄質の溶解
<input type="checkbox"/> 病的骨折	<input type="checkbox"/> 側弯
<input type="checkbox"/> その他	
*その他を選択の場合、以下に記入	
具体的に	
病理学的所見（免疫染色など含め、根拠となった所見について記載する）	
生検部位	
所見	
進行度（過去1年間）	
<input type="checkbox"/> かなり進行	<input type="checkbox"/> やや進行
<input type="checkbox"/> 進行せず	<input type="checkbox"/> 改善
その具体的な 所見	

血液凝固系検査異常の有無（過去1年間） （検査異常有りの場合は、最悪化時の検査値を入力）		<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
血小板数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ×10 ⁴ /μL	FDP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> μg/mL
Dダイマー	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/mL	Fib	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
その他			
出血症状の有無 （過去1年間）	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	ありの場合は、 具体的な症状、所見		

■ 治療その他

治療内容（この1年間で行った治療を全て記入する）		
薬物療法	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施 <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	薬名	
	投与量	
	治療期間	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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効 <input type="checkbox"/> 2. 有効 <input type="checkbox"/> 3. 反応あり、やや有効 <input type="checkbox"/> 4. 不変 <input type="checkbox"/> 5. 判断できない
	所見など	

外科的治療	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施 <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	行った手術名	
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効 <input type="checkbox"/> 2. 有効 <input type="checkbox"/> 3. 反応あり、やや有効 <input type="checkbox"/> 4. 不変 <input type="checkbox"/> 5. 判断できない
	所見など	
放射線治療	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施 <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	照射方法	
	照射量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Gy
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効 <input type="checkbox"/> 2. 有効 <input type="checkbox"/> 3. 反応あり、やや有効 <input type="checkbox"/> 4. 不変 <input type="checkbox"/> 5. 判断できない
	所見など	
栄養療法	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施 <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	治療名	
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効 <input type="checkbox"/> 2. 有効 <input type="checkbox"/> 3. 反応あり、やや有効 <input type="checkbox"/> 4. 不変 <input type="checkbox"/> 5. 判断できない
	所見など	

その他の治療	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施 <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	治療名	
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効 <input type="checkbox"/> 2. 有効 <input type="checkbox"/> 3. 反応あり、やや有効 <input type="checkbox"/> 4. 不変 <input type="checkbox"/> 5. 判断できない
	所見など	

治療効果については、以下の基準を参考に判定し、根拠となった所見なども併記すること

1. 著効（その治療によって明らかに改善、寛解状態となった。腫瘍サイズ、もしくは改善率が50%以上）
2. 有効（ある程度の効果があったが、寛解とはなっていない。腫瘍サイズ、もしくは改善率が10～50%）
3. 反応あり、やや有効（やや症状の改善を認めたが、有効までとはいえない。改善率が0～10%）
4. 不変（その治療による症状の改善を認めなかった。改善率0%）
5. 判断できない（その治療によって、症状が改善したか、していないか判断できない場合）

■ 重症度分類に関する事項

modified Rankin Scale (mRS)

- 0. まったく症候がない
- 1. 症候はあっても明らかな障害はない（日常の勤めや活動は行える）
- 2. 軽度の障害
（発症以前の活動がすべて行えるわけではないが、自分の身の回りのことは介助なしに行える）
- 3. 中等度の障害（何らかの介助を必要とするが、歩行は介助なしに行える）
- 4. 中等度から重度の障害（歩行や身体的要求には介助が必要である）
- 5. 重度の障害（寝たきり、失禁状態、常に介護と見守りを必要とする）

食事・栄養

- 0. 症候なし
- 1. 時にむせる、食事動作がぎこちないなどの症候があるが、社会生活・日常生活に支障ない
- 2. 食物形態の工夫や、食事時の道具の工夫を必要とする
- 3. 食事・栄養摂取に何らかの介助を要する
- 4. 補助的な非経口的栄養摂取（経管栄養、中心静脈栄養など）を必要とする
- 5. 全面的に非経口的栄養摂取に依存している

呼吸

0. 症候なし
 1. 肺活量の低下などの所見はあるが、社会生活・日常生活に支障ない
 2. 呼吸障害のために軽度の息切れなどの症状がある
 3. 呼吸症状が睡眠の妨げになる、あるいは着替えなどの日常生活動作で息切れが生じる
 4. 喀痰の吸引あるいは間欠的な換気補助装置使用が必要
 5. 気管切開あるいは継続的な換気補助装置使用が必要

■ 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ます。）
- ・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。