

254-4 ポルフィリン症

(赤芽球性プロトポルフィリン症 (骨髄性プロトポルフィリン症))

■ 患者情報

| | | | | |
|---------|--|--|-------------------|--|
| 保険情報 | 保険者番号 | | 被保険者記号 | |
| | 被保険者番号 | | 被保険者 個人単位枝番 | |
| | 資格取得 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 | |
| 氏名 | セイ | | メイ | |
| | 姓 | | 名 | |
| 以前の登録氏名 | セイ | | メイ | |
| | 姓 | | 名 | |
| 住所 | 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"/> | | |
| | 都道府県 | | | |
| | 市区町村 | | | |
| | 丁目番地等 | | | |
| 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 | | | |
| 性別 | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 | | | |
| 出生地 | 都道府県 | | | |
| | 市区町村 | | | |

■ 基本情報

| | | | | | | | |
|---|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------|---|
| 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 | | | | | | |
| 発症時期 | 西暦 | <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 | | | | | | |
| 手帳取得状況 | | | | | | | |
| 身体障害者手帳 | <input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり（等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級） | | | | | | |
| 療育手帳 | <input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり | | | | | | |
| 精神障害者 保健福祉手帳 （障害者手帳） | <input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり（等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級） | | | | | | |
| 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1. する <input type="checkbox"/> 2. しない <input type="checkbox"/> 3. 不明 | | | | | | | |

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> A. 症状、およびC. 検査所見の①、④の双方を満たし、E. 鑑別診断を否定できるもの |
| <input type="checkbox"/> B. 臨床所見のいずれか、およびD. 遺伝学的検査を満たし、E. 鑑別診断を否定できるもの |
| <input type="checkbox"/> いずれにも該当しない |

A. 症状

| | | | |
|---|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| 光線過敏症状：日光曝露後に露光部に疼痛を伴った発赤、腫脹を示す。症状が強い場合は水疱・びらんを呈する。 | <input type="checkbox"/> 1. 該当 | <input type="checkbox"/> 2. 非該当 | <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
|---|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|

B. 臨床所見

| | | | |
|---|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| ① 皮膚症状：露光部の発赤、腫脹、顔面の虫食い状小癬痕、色素沈着、手指関節背の苔癬化、多毛 | <input type="checkbox"/> 1. 該当 | <input type="checkbox"/> 2. 非該当 | <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| ② 肝機能障害 | <input type="checkbox"/> 1. 該当 | <input type="checkbox"/> 2. 非該当 | <input type="checkbox"/> 3. 不明 |

C. 検査所見

| | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| ① 赤血球中プロトポルフィリンの著明な増加：正常値平均値の15倍以上 | <input type="checkbox"/> 1. 該当 | <input type="checkbox"/> 2. 非該当 | <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| ② 尿中ポルフィリン前駆体及びポルフィリン体は正常範囲 | <input type="checkbox"/> 1. 該当 | <input type="checkbox"/> 2. 非該当 | <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| ③ 赤血球蛍光が陽性 | <input type="checkbox"/> 1. 該当 | <input type="checkbox"/> 2. 非該当 | <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| ④ 光溶血現象が陽性 | <input type="checkbox"/> 1. 該当 | <input type="checkbox"/> 2. 非該当 | <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| ⑤ 露光部皮膚の血管周囲におけるPAS陽性物質の沈着 | <input type="checkbox"/> 1. 該当 | <input type="checkbox"/> 2. 非該当 | <input type="checkbox"/> 3. 不明 |

D. 遺伝学的検査

| | | | |
|---|--------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| 遺伝子異常の有無 異常があった遺伝子には☑を記入する。 | <input type="checkbox"/> 1. あり | <input type="checkbox"/> 2. 検査範囲内異常なし | <input type="checkbox"/> 3. 検査未実施 |
| <input type="checkbox"/> フェロケラターゼ遺伝子 (FECH) | | | |

E. 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 |
| <input type="checkbox"/> 鉄芽球性貧血症 | <input type="checkbox"/> 鉄欠乏性貧血 | | |
| <input type="checkbox"/> 溶血性貧血 | <input type="checkbox"/> 他のポルフィリン症 | | |
| <input type="checkbox"/> 他の光線過敏性疾患（種痘様水疱症、多形日光疹、慢性光線過敏性皮膚炎など） | | | |

■ 重症度分類に関する事項

- ① 患者の手掌大以上の大きさの水疱・びらんを伴う日光皮膚炎がある
- ② 手指の機能全廃またはそれに準じる障害
- ③ 直近1年間で2回以上入院加療を要する程度の腹部疝痛発作がある
- ④ 直近1年間で2回以上入院加療を要する程度の脱水症状を伴う下痢を認める
- ⑤ 直近1年間で2回以上入院加療を要する程度の腸閉塞症状を呈する便秘を認める
- ⑥ CHILD分類でClassB以上の肝機能障害を認める
- ⑦ 血中ヘモグロビン濃度が10.0g/dL未満となる溶血性貧血
- 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 *500文字以内

■ その他の事項

検査所見 *小数点も1文字として記入し、以降の数値ボックスについては全て同様に記載する

| | | | | | | | |
|-----------|--------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------|
| 肝機能障害マーカー | AST | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | IU/L |
| | ALT | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | IU/L |
| | γGT | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | IU/L |
| | 総ビリルビン | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | mg/dL |

■ 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"/> | 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 | | | | | | | | | | | | |
| 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。

■ 行政記載欄

| | | | | |
|---------|---|---|---|---|
| 担当自治体 | | | | |
| 受理日 | 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 | |
| 公費負担者番号 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | | |
| 認定結果 | <input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 不認定 | | | |
| 研究同意の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | |
| 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"/> | | | |
| 有効期限 | 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 | |
| 階層区分 | <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 上位所得 <input type="checkbox"/> その他 | | | |
| 軽症者登録 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | |
| 保険情報 | 保険者番号 | <input type="text"/> | 被保険者記号 | <input type="text"/> |
| | 被保険者番号 | <input type="text"/> | 被保険者 個人単位枝番 | <input type="text"/> |
| | 資格取得 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 |