

095 自己免疫性肝炎

■ 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 年 月 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	-		
	都道府県			
	市区町村			
	丁目番地等			
生年月日	西暦 年 月 日			
性別	☐ 男性 ☐ 女性			
出生地	都道府県			
	市区町村			

■ 基本情報

家族歴	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	
	発症者続柄	
	☐ 1. 父 ☐ 2. 母 ☐ 3. 子 ☐ 4. 同胞（男性） ☐ 5. 同胞（女性） ☐ 6. 祖父（父方） ☐ 7. 祖母（父方） ☐ 8. 祖父（母方） ☐ 9. 祖母（母方） ☐ 10. いとこ ☐ 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入	
	続柄	
発症時期	西暦 年 月	
社会保障		
介護認定	☐ 1. 要介護 ☐ 2. 要支援 ☐ 3. なし	
要介護度	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	
生活状況		
移動の程度	☐ 1. 歩き回るのに問題はない ☐ 2. いくらか問題がある ☐ 3. 寝たきりである	
身の回りの管理	☐ 1. 洗面や着替えに問題はない ☐ 2. いくらか問題がある ☐ 3. 自分でできない	
ふだんの活動	☐ 1. 問題はない ☐ 2. いくらか問題がある ☐ 3. 行うことができない	
痛み／不快感	☐ 1. ない ☐ 2. 中程度ある ☐ 3. ひどい	
不安／ふさぎ込み	☐ 1. 問題はない ☐ 2. 中程度 ☐ 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	☐ 1. なし ☐ 2. あり（等級 ☐ 1 級 ☐ 2 級 ☐ 3 級 ☐ 4 級 ☐ 5 級 ☐ 6 級）	
療育手帳	☐ 1. なし ☐ 2. あり	
精神障害者 保健福祉手帳 （障害者手帳）	☐ 1. なし ☐ 2. あり（等級 ☐ 1 級 ☐ 2 級 ☐ 3 級）	
人工呼吸器等装着者認定基準に該当		
☐ 1. する ☐ 2. しない ☐ 3. 不明		

114

114

114

114

114

114

114

■ 重症度分類に関する事項

1) 自己免疫性肝炎診療ガイドライン（2021 年）重症度判定	
☐ 1. 軽症	臨床所見：①、②、 臨床検査所見：①、②、③のいずれもみられない
☐ 2. 中等症	臨床所見：①、②、 臨床検査所見：③が見られず、臨床検査所見：①または②がみられる
☐ 3. 重症	臨床所見：①または②がみられる。もしくは臨床検査所見：③がみられる
臨床所見	☐ ① 肝性脳症あり ☐ ② 肝萎縮あり
臨床検査所見	☐ ① AST または ALT > 200 U/L ☐ ② 総ビリルビン > 5mg/dL ☐ ③ プロトロンビン時間 (PT-INR) ≥ 1.3
2) 組織学的あるいは臨床的に肝硬変と診断される症例	
☐ 1. はい ☐ 2. いいえ	

検査所見	
①-1 AST	U/L
①-2 ALT	U/L
②総ビリルビン	mg/dL
③ PT-INR	.

■ 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

主要所見（新規）

理学所見													
身長						cm	体重						kg
臨床所見													
診断日	西暦					年			月			日	
黄疸	☐	1. あり		☐	2. なし		食道胃静脈瘤	☐	1. あり		☐	2. なし	
腹水	☐	1. あり		☐	2. なし								
肝濁音界	☐	1. 正常		☐	2. 縮小		☐	3. 消失		☐	4. 不明		
その他	☐	1. あり		☐	2. なし								
	内容												
合併症													
シェーグレン症候群	☐	1. あり		☐	2. なし		関節リウマチ	☐	1. あり		☐	2. なし	
慢性甲状腺炎	☐	1. あり		☐	2. なし		その他の自己免疫疾患	☐	1. あり		☐	2. なし	
肝細胞癌	☐	1. あり		☐	2. なし								
その他	☐	1. あり		☐	2. なし								
	内容												

検査所見（新規）

血液・生化学検査等（簡易型スコアと国際診断スコア内容を確認）					
検査日	西暦 年 月 日				
γ GTP	IU/L				
ALP	測定法	☐ 1. IFCC 法 ☐ 2. JSCC 法			
	IU/L	施設上限値	IU/L		
☐ ALP:AST 又は ☐ ALP:ALT		値※	.		
※ ALP と AST 値との比は、それぞれを正常の上限値で除した比で表される。すなわち、(ALP 値÷ALP 正常上限値)÷(AST 値÷AST 正常上限値)。ALT についても同様に計算する。					
アンモニア	μg/dL		血小板	×10 ⁴ /μL	
血清グロブリン	mg/dL		正常上限値との比		
組織検査					
検査実施	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施				
	実施日	西暦 年 月			
interface hepatitis	☐ 1. あり ☐ 2. なし		肝細胞のロゼット形成	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
リンパ球や形質細胞優位の細胞浸潤	☐ 1. あり ☐ 2. なし		胆管病変	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
中心静脈周囲の肝細胞壊死	☐ 1. あり ☐ 2. なし		肝硬変	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
他の病変	☐ 1. あり ☐ 2. なし				
	病変				
画像検査					
検査実施	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施				
	実施日	西暦 年 月			
肝サイズの縮小	☐ 1. あり ☐ 2. なし		肝実質の不均質化	☐ 1. あり ☐ 2. なし	

その他の検査		
抗核抗体 (ANA)	免疫蛍光法の数値	倍
抗平滑筋抗体 (SMA)	免疫蛍光法の数値	倍
他の自己抗体陽性	☐ 1. 陽性 ☐ 2. 陰性 ☐ 3. 未検	
	抗体	
肝腎マイクロゾーム抗体 (LKM)	免疫蛍光法	☐ 1. 陽性 ☐ 2. 陰性 ☐ 3. 未検
	免疫蛍光法の数値	倍
抗ミトコンドリア抗体 (AMA)	免疫蛍光法	☐ 1. 陽性 ☐ 2. 陰性 ☐ 3. 未検
	免疫蛍光法の数値	倍
	ELISA 法	☐ 1. 陽性 ☐ 2. 陰性 ☐ 3. 未検
	ELISA 法の数値	インデックス
HLADR3 または DR4 陽性	☐ 1. 陽性 *1 の場合、以下に記入 ☐ 2. 陰性 ☐ 3. 未検	
肝炎ウイルスマーカー	☐ 1. 陽性 ☐ 2. 陰性 ☐ 3. 未検	
	ウイルス名	

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

使用の有無	☐ 1. あり		
開始時期	西暦 年 月		
離脱の見込み	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
種類	☐ 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器 ☐ 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器		
施行状況	☐ 1. 間欠的施行 ☐ 2. 夜間に継続的に施行 ☐ 3. 一日中施行 ☐ 4. 現在は未施行		
生活状況	食事	☐ 自立	☐ 部分介助 ☐ 全介助
	車椅子とベッド間の移動	☐ 自立 ☐ 軽度介助 ☐ 部分介助 ☐ 全介助	
	整容	☐ 自立	☐ 部分介助/不可能
	トイレ動作	☐ 自立	☐ 部分介助 ☐ 全介助
	入浴	☐ 自立	☐ 部分介助/不可能
	歩行	☐ 自立 ☐ 軽度介助 ☐ 部分介助 ☐ 全介助	
	階段昇降	☐ 自立	☐ 部分介助 ☐ 不能
	着替え	☐ 自立	☐ 部分介助 ☐ 全介助
	排便コントロール	☐ 自立	☐ 部分介助 ☐ 全介助
	排尿コントロール	☐ 自立	☐ 部分介助 ☐ 全介助

医療機関名												
指定医番号												
医療機関所在地												
電話番号												
	*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					年			月			日
診断年月日	西暦					年			月			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				年			月			日
公費負担者番号											
認定結果	☐ 認定				☐ 不認定						
研究同意の有無	☐ 有				☐ 無						
受給者番号											
有効期限	西暦				年			月			日
階層区分	☐ 生活保護				☐ 低所得Ⅰ		☐ 低所得Ⅱ		☐ 一般所得Ⅰ		
	☐ 一般所得Ⅱ				☐ 上位所得		☐ その他				
軽症者登録	☐ 有				☐ 無						
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				年			月		