

臨床調査個人票 042. 結節性多発動脈炎（新規）

■基本情報

氏名			
姓(漢字)	名(漢字)	姓(かな)	名(かな)
住所			
郵便番号	住所		
生年月日等			
生年月日	西暦	年	月 日
出生市区町村	性別		
出生時氏名(変更のある場合)	姓(漢字)	名(漢字)	姓(かな) 名(かな)
家族歴			
近親者の発症者の有無	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 続柄		
両親の近親結婚	1.あり 2.なし 3.不明 詳細:		
発病時の状況			
発症年月	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		
連絡事項			
■診断			
診断			
1. 確実 2. 疑い			
診断根拠	1. 臨床的 2. 病理学的 3. 両者加味して		
診断年月	西暦	年	月
■発症と経過			
入院回数			
1年間の原疾患および合併症による入院回数	回		

■臨床所見

理学所見			
血圧160/95mmHg以上	1.あり 2.なし 3.不明		
全身症状			
体重減少（6か月間で6kg以上減少）	1.あり 2.なし 3.不明		
発熱	38度以上の発熱が2週間以上継続 1.あり 2.なし 3.不明		
皮膚症状			
四肢の冷感、しびれ感、レイノー現象	1.あり 2.なし 3.不明	潰瘍	1.あり 2.なし 3.不明
青色網状皮斑	1.あり 2.なし 3.不明	皮下結節	1.あり 2.なし 3.不明
梗塞（含爪床部）	1.あり 2.なし 3.不明	指趾壊疽	1.あり 2.なし 3.不明
紫斑、出血斑	1.あり 2.なし 3.不明		
筋骨格症状			
筋肉痛（炎）	1.あり 2.なし 3.不明	筋力低下	1.あり 2.なし 3.不明
関節痛（炎）	1.あり 2.なし 3.不明	筋萎縮	1.あり 2.なし 3.不明
心・循環器症状			
心膜炎（心嚢炎）	1.あり 2.なし 3.不明	狭心症	1.あり 2.なし 3.不明
心筋梗塞	1.あり 2.なし 3.不明	心伝導障害	1.あり 2.なし 3.不明
心不全	1.あり 2.なし 3.不明	虚血性心疾患	1.あり 2.なし 3.不明
呼吸器症状			
間質性肺炎	1.あり 2.なし 3.不明	肺出血	1.あり 2.なし 3.不明
喀血・血痰	1.あり 2.なし 3.不明	肺梗塞	1.あり 2.なし 3.不明
喘息	1.あり 2.なし 3.不明	胸膜炎	1.あり 2.なし 3.不明
呼吸不全	1.あり 2.なし 3.不明	軽度の呼吸不全	1.あり 2.なし 3.不明
PaO ₂	Torr		
消化器症状			
消化管出血	1.あり 2.なし 3.不明		
腹膜炎	1.あり 2.なし 3.不明	腸閉塞	1.あり 2.なし 3.不明
梗塞	1.あり 2.なし 3.不明	部位1.膵 2.肝 3.腸 4.脾	
コーヒー残渣物の嘔吐	1.あり 2.なし 3.不明		
腎・泌尿器症状			
急速進行性糸球体腎炎	1.あり 2.なし 3.不明	急性腎不全	1.あり 2.なし 3.不明
慢性腎不全	1.あり 2.なし 3.不明	腎梗塞	1.あり 2.なし 3.不明
精神・神経症状			
けいれん発作	1.あり 2.なし 3.不明	精神症状	1.あり 2.なし 3.不明
脳神経障害	1.あり 2.なし 3.不明		
多発単神経炎	1.あり 2.なし 3.不明 ありの場合1.運動障害を伴う 2.運動障害を伴わない		
意識障害	1.あり 2.なし 3.不明		
脳出血	1.あり 2.なし 3.不明	脳梗塞	1.あり 2.なし 3.不明
脊髄障害	1.あり 2.なし 3.不明	無菌性髄膜炎	1.あり 2.なし 3.不明
頭部虚血症状	1.あり 2.なし 3.不明 内容 1.失神発作 2.片麻痺 3.頭痛 4.めまい		
1肢以上の機能障害	1.あり 2.なし 3.不明		
眼症状			
虹彩炎・ぶどう膜炎	1.あり 2.なし 3.不明	結膜炎	1.あり 2.なし 3.不明
上強膜炎	1.あり 2.なし 3.不明	視力低下	1.あり 2.なし 3.不明
失明	1.あり 2.なし 3.不明	眼底出血・白斑	1.あり 2.なし 3.不明
鼻・耳症状			
鼻出血	1.あり 2.なし 3.不明	鼻閉塞	1.あり 2.なし 3.不明
鞍鼻	1.あり 2.なし 3.不明	副鼻腔炎	1.あり 2.なし 3.不明
中耳炎	1.あり 2.なし 3.不明		
合併症			
感染症	1.あり 2.なし 3.不明	糖尿病	1.あり 2.なし 3.不明
消化管潰瘍	1.あり 2.なし 3.不明	圧迫骨折	1.あり 2.なし 3.不明

■検査所見

便検査				
便潜血	1.あり 2.なし 3.不明			
尿検査				
定性：蛋白	1.あり 2.なし 3.不明	沈渣：赤血球	1.あり 2.なし 3.不明	
沈渣：白血球	1.あり 2.なし 3.不明	沈渣：赤血球円柱	1.あり 2.なし 3.不明	
沈渣：顆粒円柱	1.あり 2.なし 3.不明			
血液検査				
赤血球	×10 ⁴ /μL	白血球	/μL	
Hb	g/dL	Ht	%	
血小板	×10 ⁴ /μL	好酸球数	/μL	
赤沈	mm/hr	CRP	mg/dL	
総蛋白	g/dL	BUN (尿素窒素)	mg/dL	
クレアチニン	mg/dL	LDH	IU/L	
免疫グロブリン	mg/dL	IgE	IU/mL	
C1q	IU/mL 基準値 IU/mL	RF	IU/mL 基準値 IU/mL	
MPO-ANCA	IU/mL 基準値 IU/mL 結果 1.陽性 2.陰性 3.不明	PR3-ANCA	IU/mL 基準値 IU/mL 結果 1.陽性 2.陰性 3.不明	
P-ANCA	1.陽性 2.陰性 3.不明		C-ANCA	1.陽性 2.陰性 3.不明
抗GBM抗体	IU/mL 基準値 IU/mL	HBs抗原	1.陽性 2.陰性 3.不明	
HCV抗体	1.陽性 2.陰性 3.不明			
画像診断				
胸部X線写真	1.結節状索状陰影あり 2.結節状索状陰影なし			
血管造影				
実施有無	1.実施 2.未実施	検査年月日	西暦 年 月 日	
腹部大動脈分枝の多発性小動脈瘤・壁不整・狭窄の有無	1.あり 2.なし 3.不明 その他具体的な所見			
病理組織検査				
実施有無	1.実施 2.未実施	検査年月日	西暦 年 月 日	
部位(選択)	1.皮膚 2.皮下結節 3.筋 4.滑膜 5.鼻・副鼻腔 6.腎 7.肝 8.肺 9.その他			
主たる組織像	中・小動脈フィブリノイド壊死性血管炎 1.あり 2.なし 3.不明			
鑑別診断				
鑑別できるものにチェック	1.顕微鏡的多発血管炎 2.多発血管炎性肉芽腫症 3.好酸球性多発血管炎性肉芽腫症 4.川崎病血管炎 5.膠原病 (SLE、RAなど) 6.IgA血管炎			
重症度				
結節性多発動脈炎の重症度分類	1.1度 2.2度 3.3度 4.4度 5.5度			

■治療その他

薬物療法			
副腎皮質ステロイド	1.あり 2.なし 3.不明	プレドニゾン換算最大量	mg/日
ステロイドパルス療法	1.あり 2.なし 3.不明		
免疫抑制剤	1.あり 2.なし 3.不明 4.その他 投与方法	薬剤名 (選択式)	1.シクロホスファミド 2.アザチオプリン 3.メトトレキサート 投与量 mg/日 その他
その他の薬剤	1.あり 2.なし 3.不明 量 mg/日 投与量2	薬剤名 mg/日	薬剤名2 投与
アフェレーシス			
血漿交換療法	1.あり 2.なし 3.不明	血液透析	1.あり 2.なし 3.不明
外科的治療			
手術歴	1.あり 2.なし 3.不明	部位	2関節以上の指・趾切断 1.あり 2.なし 3.不明
人工呼吸器 (使用者のみ詳細記入)			
使用の有無	1.あり 2.なし		
以下 有の場合 開始時期	西暦 年 月	離脱の見込み	1.あり 2.なし
種類	1.気管切開口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1.自立 2.部分介助 3.全介助 椅子とベッド間の移動1.自立 2.軽度の介助 3.部分介助 4.全介助 整容1.自立 2.部分介助 3.全介助 トイレ動作1.自立 2.部分介助 3.全介助 入浴1.自立 2.部分介助 3.全介助 移動1.自立 2.軽度の介助 3.部分介助 4.全介助 階段昇降1.自立 2.部分介助 3.全介助 更衣1.自立 2.部分介助 3.全介助 排便コントロール1.自立 2.部分介助 3.全介助 排尿コントロール1.自立 2.部分介助 3.全介助		
医療機関名	指定医番号		
医療機関所在地	電話番号 ()		
医師の氏名	<input type="text"/> 記載年月日：平成 年 月 日 ※自筆または押印のこと		

- 診断書には過去6か月間で一番悪い状態の内容を記載してください。
- ただし、診断に関わる項目については、いつの時点のものでも構いません。
- 診断基準、重症度分類については、「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。
- 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。

Ver. 141107