

32 重症急性膵炎 臨床調査個人票

(2. 更新)

ふりがな			性別	1. 男 2. 女	生 年 月 日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成	年 月 日生 (満 歳)
住 所	郵便番号	電話 ( )		出 生 都 道 府 県		発病時在住 都 道 府 県	
入 院 年 月 日	平成 年 月 日	保 険 種 別	1. 政 2. 組 3. 船 4. 共 5. 国 6. 老				
急性膵炎の症状発現日	平成 年 月 日	他 院 よ り の 転 送	1. あり 2. なし				
重症膵炎基準を満たした日	平成 年 月 日	他院での膵炎治療日数	_____日				
重症急性膵炎として診断基準を満たした時点での重症度スコア	点	重症急性膵炎として診断基準を満たした時点での重症度Stage	Stage 2 3 4				
身体障害者手帳	1. あり (等級 _____ 級) 2. なし		介 護 認 定	1. 要介護 (要介護度 _____) 2. 要支援 3. なし			
生活状況	社会活動(1. 就労 2. 就学 3. 家事労働 4. 在宅療養 5. 入院 6. 入所 7. その他 (____) )						初回臨床調査個人票提出
	日常生活(1. 正常 2. やや不自由であるが独力で可能 3. 制限があり部分介助 4. 全面介助)						1. 昭和 _____ 年 月 2. 平成 _____ 年 月
受診状況 (最近1年)	1. 主に入院 2. 入院と通院半々 3. 主に通院 (____/月) 4. 往診あり 5. 入通院なし 6. その他 (____)						
更新理由、治療経過、現在の問題点 (社会復帰ができない理由) (前回申請からの変化を中心に具体的に記述)							
【WISH入力不要】							
成 因	1. アルコール 2. 胆石 3. 内視鏡的乳頭操作後 (1. ERCP 2. EST 3. EPBD 4. その他 (____) ) 4. 高脂血症 5. 腹部外傷 6. 手術 (手術名: _____) 7. 薬剤性 (薬剤名: _____) 8. 膵管胆道合流異常 9. 膵管癒合不全 10. 自己免疫疾患 (疾患名: _____) 11. その他 (疾患名: _____) 12. 特発性 (原因不明)						
重症急性膵炎については、その病態に鑑み医療受給者証の有効期間は原則として6か月である。 更新が可能なものは以下の状態である。あてはまる番号に○をつけること							
1. 初回認定時から膵炎治療目的により入院が継続している場合 2. 膵炎治療目的で行った手術などの創処置を継続して行っている場合 3. 膵液瘻、腸瘻などが残存し処置を継続している場合 4. 急性膵炎治療目的で造設された人工肛門などの閉鎖を行う場合 5. 急性膵炎治療目的で行った手術創部の形成手術を行う場合 *ただし、急性膵炎の再発再燃と考えられる場合はその都度、重症度を判定するものとする。 また、急性膵炎治癒後の経過観察や後遺的变化としての膵内外分泌障害に対する補充療法は対象外である。							
後遺症 (重症急性膵炎後の後遺症についてあてはまるものに○をつけ、発症年月日を記入すること)							
1. 手術後の創部治療を継続している (1. あり 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 2. なし ) 2. 膵液の体外への漏れが持続している (1. あり 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 2. なし ) 3. 膵膿瘍 (1. あり 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 2. なし ) 4. 膵仮性膿胞 (有痛・無痛) (1. あり 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 2. なし ) 5. 下痢・消化不良 (1. あり 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 2. なし ) 6. 糖尿病 (1. あり 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 2. なし ) 7. その他 (____) (1. あり 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 2. なし )							
臨床徴候 (経過中に認められた項目に○をつけ、右欄に発症及び症状消失日を記入すること)							
		発症年月日			症状消失年月日		
1. ショック	収縮期血圧が 80 mm Hg 以下、及び 80 mm Hg 以上でもショック症状を認めるもの	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日			平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
2. 呼吸困難	人工呼吸器を必要とするもの	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日			平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
3. 神経症状	中枢神経症状で意識障害 (痛みにのみ反応) を伴うもの	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日			平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
4. 重症感染症	白血球増多を伴う 38 °C 以上の発熱に、血液細菌培養陽性やエンドトキシンの証明あるいは腹腔内膿瘍の認められるもの	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日			平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
5. 出血傾向	消化管出血、腹腔内出血 (Cullen 徴候、Grey Turner 徴候を含む)、あるいは DIC を認めるもの	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日			平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日		

血液検査成績 (下線部データをすべて記入し、重症度判定基準を満たす項目に○をつけること)		(評価 平成 年 月 日)											
		重症度判定基準を満たした時点		検査値が最も悪い時点		正常化年月日							
		平成		平成		平成							
		年	月	日	年	月	日						
1. Base Excess	-3 mEq/l 以下	_____ mEq/l	_____	_____	_____ mEq/l	_____	_____	_____	_____	_____			
2. ヘマトクリット (輸液後)	30 %以下	_____ %	_____	_____	_____ %	_____	_____	_____	_____	_____			
3. BUN	40 mg/dl 以上	_____ mg/dl	_____	_____	_____ mg/dl	_____	_____	_____	_____	_____			
又はクレアチニン	2.0 mg/dl 以上	_____ mg/dl	_____	_____	_____ mg/dl	_____	_____	_____	_____	_____			
4. Ca	7.5 mg/dl 以下	_____ mg/dl	_____	_____	_____ mg/dl	_____	_____	_____	_____	_____			
5. 空腹時血糖	200 mg/dl 以上	_____ mg/dl	_____	_____	_____ mg/dl	_____	_____	_____	_____	_____			
6. PaO <sub>2</sub> (room air)	60 mm Hg 以下	_____ mm Hg	_____	_____	_____ mm Hg	_____	_____	_____	_____	_____			
7. LDH	700 IU/l 以上	_____ IU/l	_____	_____	_____ IU/l	_____	_____	_____	_____	_____			
8. 総蛋白	6.0 g/dl 以下	_____ g/dl	_____	_____	_____ g/dl	_____	_____	_____	_____	_____			
9. プロトロンビン時間	15 秒以上	_____ 秒	_____	_____	_____ 秒	_____	_____	_____	_____	_____			
10. 血小板	10 万/mm <sup>3</sup> 以下	_____ 万/mm <sup>3</sup>	_____	_____	_____ 万/mm <sup>3</sup>	_____	_____	_____	_____	_____			
画像所見 (CT Grade 分類) (該当する項目に○をつけ、右欄に該当する所見が得られた年月日、及び正常化した年月日を記入すること)													
						該当する所見が得られた日	正常化した日						
1. Grade IV : 腓の腫大の程度は様々で、腓全体に実質内部不均一を認めるか、あるいは腓周辺を越えて(胸腔、又は左側の後腎傍腔)炎症の波及や液貯留を認める。						平成	年	月	日	平成	年	月	日
2. Grade V : 腓の腫大の程度は様々で、腓全体に実質内部不均一を認め、かつ腓周辺や腓周辺を越えて炎症の波及や液貯留を認める。						平成	年	月	日	平成	年	月	日
SIRS (SIRS 診断基準項目を3項目以上満たした年月日と、2項目以下に改善した年月日を記入すること)													
SIRS 診断基準項目						3項目以上となった年月日	2項目以下に改善した日						
1. 体温 < 36 °C、又は > 38 °C						平成	年	月	日	平成	年	月	日
2. 脈拍数 > 90 回/分													
3. 呼吸数 > 20 回/分又は PaCO <sub>2</sub> < 32 mm Hg													
4. 白血球数 > 12,000/mm <sup>3</sup> か < 4,000/mm <sup>3</sup> 又は > 10 %の幼若球の出現													
治療 (経過中に治療した項目に○をつけ、右欄に使用薬剤名、1日最大投与量、治療開始及び終了年月日を記入すること)													
使用薬剤等	使用薬剤	1日最大投与量	治療開始年月日	終了年月日									
1. 蛋白分解酵素阻害薬静注	( )	( )	平成 年 月 日	平成 年 月 日									
2. 持続動注													
蛋白分解酵素阻害薬	( )	( )	平成 年 月 日	平成 年 月 日									
抗菌薬	( )	( )	平成 年 月 日	平成 年 月 日									
3. 選択的消化管除菌治療 (SDD)	( )	( )	平成 年 月 日	平成 年 月 日									
	( )	( )	平成 年 月 日	平成 年 月 日									
	( )	( )	平成 年 月 日	平成 年 月 日									
4. 血液浄化治療													
(1. 持続的血液濾過透析	2. 持続的血液濾過	3. 血漿交換	平成 年 月 日	平成 年 月 日									
4. 血液透析	5. 腹膜透析)												
5. 手術 : 術式 ( )	手術施行日 : 平成 年 月 日												
医療上の問題点													
【WISH入力不要】													
医療機関名													
医療機関所在地													
電話番号 ( )													
医師の氏名													
印													
記載年月日 : 平成 年 月 日													