

臨床調査個人票 認定 不認定
109. 非典型溶血性尿毒症症候群
(更新)

※診断書には過去6ヶ月間で一番悪い状態の内容を記載してください。
 ※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。

■基本情報

氏名および受給者番号		受給者番号 ()	
姓(漢字)	名(漢字)	姓(かな)	名(かな)
住所			
郵便番号		住所	
生年月日	西暦	年 月 日	性別
			1.男 2.女

■重症度分類に関する事項

※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。

重症度分類で中等症以上	左記の重症度を 1. 満たす 2. 満たさない (* 軽症者へ)
-------------	--

(* 軽症者) 審査の結果、「重症度を満たさない」と判定された場合は、更新申請手続きを行う月以前の12か月以内に指定難病に係る医療費(10割分)が33,330円を超える月数が3か月以上あることを確認できる「自己負担上限額管理票」等の提出を行わないと、医療費助成は継続されません。

重症度分類	
該当するものに チェック☑	<input type="checkbox"/> 軽症 以下の1と2を満たさない
	<input type="checkbox"/> 中等症 以下の1と2を満たす
	<input type="checkbox"/> 重症 以下の1あるいは2を満たし3~12のいずれかを満たす
該当するものに チェック☑	<input type="checkbox"/> 1. 溶血性貧血 (Hb 10.0 g /dL未満) <input type="checkbox"/> 2. 血小板減少 (Plt 15万/μL未満) <input type="checkbox"/> 3. 急性腎障害 (成人は AKI 病期2以上、小児については添付表の年齢・性別ごとの血清クレアチニン中央値の2倍値以上) <input type="checkbox"/> 4. 慢性腎臓病 (小児または大人のCKD 重症度分類ヒートマップが赤の部分の場合) <input type="checkbox"/> 5. 精神神経症状 <input type="checkbox"/> 6. 心臓障害 (虚血性心疾患、心不全等) <input type="checkbox"/> 7. 呼吸障害 <input type="checkbox"/> 8. 虚血性腸炎 <input type="checkbox"/> 9. 高血圧緊急症 (多くは収縮期血圧180mmHg以上、拡張期血圧は120mmHg以上を示し、そのほかに高血圧に起因する標的臓器症状を有する) <input type="checkbox"/> 10. 血漿治療抵抗性 <input type="checkbox"/> 11. 再発例 <input type="checkbox"/> 12. 血漿治療または抗補体抗体治療依存性

発病時の状況	
発症年月	西暦 年 月
特記事項	

■診断

病因分類	
補体制御異常	1. 先天性 2. 後天性 3. その他

■臨床所見

理学所見				
身長	cm	体重	kg	
現在の症状				
該当するものを選択	1. 血尿 2. 蛋白尿 3. 腎機能低下 4. 高血圧 5. 浮腫 6. 貧血 7. 下痢 8. 血便 9. その他			
尿検査				
血尿	1. 肉眼的血尿 2. 顕微鏡的血尿 3. なし 赤血球 個/視野			
蛋白尿	1. - 2. +- 3. +1 4. +2 5. +3以上			
尿蛋白g/gCr	g/g Cr			
血液検査 (6か月以内の状況)				
Hb	g/dL	血小板	$\times 10^4/\mu L$	
AST	IU/L	LDH	IU/L	
アルブミン	g/dL	尿素窒素	mg/dL	
クレアチニン	mg/dL	C3	mg/dL	
ハプトグロビン	mg/dL	末梢血スメアでの破碎赤血球所見	1. あり 2. なし	
薬物療法				
1. 未実施 2. 実施 1. ステロイド薬 2. 免疫抑制剤 3. 抗補体抗体 4. 抗凝固薬 5. 抗血小板薬 6. 降圧薬 7. その他				
透析				
1. 未実施 2. 腹膜透析実施 3. 血液透析実施 4. 透析から離脱				
腎移植				
1. 実施 (西暦 年 月 日) 2. 未実施				
人工呼吸器 (使用者のみ詳細記入) ※本疾患により装着している者に限る				
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	<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			
医療機関所在地	医師の氏名			
電話番号	記載年月日: 年 月 日			

この臨床調査個人票は、大阪府更新申請用です。「難病指定医」又は「協力難病指定医」でなければ作成できません。