

臨床調査個人票  認定  不認定

**注意事項** すべての項目を可能な限り記入してください。  
 なお、太枠部分は更新の審査において必須の項目となりますので、必ず記入してください。

162 類天疱瘡(後天性表皮水疱症を含む) (更新)

■ 基本情報その1

受給者番号

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 性別 1.男 2.女

■ 重症度分類に関する事項 (必須項目)

※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ヵ月間で最も悪い状態を記載してください。

BPDAI (Bullous pemphigoid disease area index) で中等症以上	左記の重症度を <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 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。

BPDAI (Bullous pemphigoid disease area index)

(以下表の各部位の該当する点数に○をつけて、それぞれ合計点を記入し、最下段の重症度の該当する項目に☑を記入する)

部位	皮膚 びらん/水疱 点数	皮膚 膨疹/紅斑 点数	部位	粘膜 びらん/水疱 点数
頭部・顔面	0・1・2・3・5・10	0・1・2・3・5・10	眼	0・1・2・5・10
頸部	0・1・2・3・5・10	0・1・2・3・5・10	鼻腔	0・1・2・5・10
胸部	0・1・2・3・5・10	0・1・2・3・5・10	頬粘膜	0・1・2・5・10
左上肢	0・1・2・3・5・10	0・1・2・3・5・10	硬口蓋	0・1・2・5・10
右上肢	0・1・2・3・5・10	0・1・2・3・5・10	軟口蓋	0・1・2・5・10
手	0・1・2・3・5・10	0・1・2・3・5・10	上歯肉	0・1・2・5・10
腹部	0・1・2・3・5・10	0・1・2・3・5・10	下歯肉	0・1・2・5・10
陰部	0・1・2・3・5・10	0・1・2・3・5・10	舌	0・1・2・5・10
背部・臀部	0・1・2・3・5・10	0・1・2・3・5・10	口腔底	0・1・2・5・10
左下肢	0・1・2・3・5・10	0・1・2・3・5・10	口唇	0・1・2・5・10
右下肢	0・1・2・3・5・10	0・1・2・3・5・10	後咽頭	0・1・2・5・10
足	0・1・2・3・5・10	0・1・2・3・5・10	外陰部	0・1・2・5・10
合計	/120	/120		/120
重症度	<input type="checkbox"/> 軽症 ≤14 点 <input type="checkbox"/> 中等症 15-34 点 <input type="checkbox"/> 重症 ≥35 点	<input type="checkbox"/> 軽症 ≤19 点 <input type="checkbox"/> 中等症 20-34 点 <input type="checkbox"/> 重症 ≥35 点		<input type="checkbox"/> 軽症 ≤9 点 <input type="checkbox"/> 中等症 10-24 点 <input type="checkbox"/> 重症 ≥25 点

■ 基本情報その2

出生市区町村	
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( )

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		

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など

--

■ 臨床所見

稗粒腫	1. あり 2. なし 3. 不明
既往歴、治療歴	
脳血管障害の既往歴 病名：	1. あり 2. なし 3. 不明
薬剤内服歴 薬剤名：	1. あり 2. なし 3. 不明

■ 検査所見

血清IgE高値 _____IU/mL	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
末梢血好酸球数高値 _____/ $\mu$ L	1. 該当 2. 非該当 3. 不明

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）※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			
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										
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
医療機関所在地	医師の氏名										
電話番号	_____										
	記載年月日： 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ます。）
  - ・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ヵ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27年5月13日健発0513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。
- 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。