

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。

222 一次性ネフローゼ症候群(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 (該当するものにチェック) (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。

以下の重症度判定において、重症である	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。

小児例 (18歳未満) (該当するものにチェック) *小児慢性特定疾病の状態の程度に準ずる

<input type="checkbox"/> 重症: 次の1~3のいずれかに該当する
<input type="checkbox"/> 重症でない
<input type="checkbox"/> 1. 半年間で3回以上再発した場合又は1年間に4回以上再発した場合
<input type="checkbox"/> 2. 治療で免疫抑制薬又は生物学的製剤を用いる場合
<input type="checkbox"/> 3. 腎移植を行った場合
<input type="checkbox"/> 上記のいずれにも該当しない

成人例 (該当するものにチェック)

<input type="checkbox"/> 重症: 次の1~4のいずれかに該当する
<input type="checkbox"/> 重症でない
<input type="checkbox"/> 1. ネフローゼ症候群の診断後、一度も完全寛解に至らない場合
<input type="checkbox"/> 2. ステロイド依存性(ステロイドを減量あるいは中止後再発を2回以上繰り返すため、ステロイドを中止できない場合)あるいは頻回再発型(6ヶ月間に2回以上再発する場合)の場合
<input type="checkbox"/> 3. CKD重症度分類ヒートマップが赤色の部分の場合
<input type="checkbox"/> 4. 蛋白尿0.5g/gCr以上の場合
<input type="checkbox"/> 上記のいずれにも該当しない
(参考) 再発は完全寛解(尿蛋白<0.3g/日またはlgCr)から、尿蛋白1g/日(1g/gCr)以上、または(2+)以上の尿蛋白が2~3回持続する場合とする。

CKD重症度分類ヒートマップ (該当するものにチェック)

<input type="checkbox"/> 赤	<input type="checkbox"/> オレンジ	<input type="checkbox"/> 黄	<input type="checkbox"/> 緑
①GFR区分 (mL/分/1.73m ²)	<input type="checkbox"/> G1 (正常または高値: ≥90)	<input type="checkbox"/> G2 (正常または軽度低下: 60~89)	
	<input type="checkbox"/> G3a (軽度~中等度低下: 45~59)	<input type="checkbox"/> G3b (中等度~高度低下: 30~44)	
	<input type="checkbox"/> G4 (高度低下: 15~29)	<input type="checkbox"/> G5 (末期腎不全: <15)	
②蛋白尿区分 尿蛋白定量(g/日)あるいは尿蛋白/Cr比(g/gCr)	<input type="checkbox"/> A1 (正常 0.15未満)	<input type="checkbox"/> A2 (軽度蛋白尿 0.15~0.49)	
	<input type="checkbox"/> A3 (高度蛋白尿 0.50以上)		

■ 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		

■ 臨床所見

過去1年間、感染症による入院	1.あり 2.なし 3.不明
大腿骨頭壊死	1.あり 2.なし 3.不明

■ 検査所見 (腎生検の詳細)

腎生検	1.実施 2.未実施 3.不明
腎生検実施年月	西暦 年 月
腎生検実施場所	1.自施設 2.他施設() 3.不明

■ 治療その他 (該当する項目に☑を記入する)

使用中のステロイド・免疫抑制薬と投与量 (過去6ヶ月間の最高用量)	1.実施 2.未実施 3.不明
<input type="checkbox"/> ステロイド内服 (mg/日) <input type="checkbox"/> ステロイドパルス (mg/日) <input type="checkbox"/> シクロスポリン (mg/日) <input type="checkbox"/> ミゾリピン (mg/日) <input type="checkbox"/> シクロフォスファミド内服 (mg/日) <input type="checkbox"/> シクロフォスファミドパルス (mg/1ヶ月) <input type="checkbox"/> リツキサン (mg/1ヶ月) <input type="checkbox"/> ミコフェノール酸モフェチル (mg/日) <input type="checkbox"/> タクロリムス (mg/日) <input type="checkbox"/> その他(薬剤名、用量 mg/日)	
これまでに使用したステロイド・免疫抑制薬の種類	1.あり 2.なし 3.不明
<input type="checkbox"/> ステロイド内服 <input type="checkbox"/> ステロイドパルス <input type="checkbox"/> シクロスポリン <input type="checkbox"/> ミゾリピン <input type="checkbox"/> シクロフォスファミド内服 <input type="checkbox"/> シクロフォスファミドパルス <input type="checkbox"/> リツキサン <input type="checkbox"/> ミコフェノール酸モフェチル <input type="checkbox"/> タクロリムス <input type="checkbox"/> その他(薬剤名)	

■ 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
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。