

臨床調査個人票 認定 不認定
028.全身性アミロイドーシス (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

※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。	
アミロイドーシスの重症度分類で2度以上	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。

アミロイドーシスの重症度分類	
該当するものに チェック☑	<input type="checkbox"/> 1度 組織学的にアミロイド沈着が確認される、もしくは、アミロイド沈着を疑わせる検査所見があるが、アミロイド沈着による明らかな臓器機能障害を認めない。
	<input type="checkbox"/> 2度 組織学的にアミロイド沈着が確認される、もしくは、アミロイド沈着を疑わせる検査所見があり、かつアミロイド沈着による軽度の臓器機能障害を単一臓器に認める。
	<input type="checkbox"/> 3度 組織学的にアミロイド沈着が確認される、もしくは、アミロイド沈着を疑わせる検査所見があり、かつアミロイド沈着による複数の臓器機能障害を認める。
	<input type="checkbox"/> 4度 組織学的にアミロイド沈着が確認され、かつアミロイド沈着による中等度以上の臓器機能障害を単一もしくは複数の部位に認める。
	<input type="checkbox"/> 5度 組織学的にアミロイド沈着が確認され、かつアミロイド沈着による重度の臓器機能障害を複数の部位に認める。
注1 : アミロイド沈着を確認された部位は、臓器障害を認める部位と必ずしも一致する必要はない。 注2 : アミロイドーシス原因蛋白質の同定および病型診断を行うことが望ましい。 注3 : 臓器障害は、神経、心臓、腎臓、消化管、呼吸器、泌尿器、眼、骨・関節、内分泌など	

■発症と経過

発病時の状況																							
発症年月	西暦 年 月																						
病型																							
1. 免疫グロブリン性アミロイドーシス 2. 老人性TTRアミロイドーシス 3. 家族性アミロイドーシス																							
経過																							
経過	1. 進行性 2. 進行後停止 3. 軽快 4. その他 ()																						
多発性骨髄腫の診断基準	1. 満たす 2. 満たさない 3. 不明 4. その他 ()																						
特記事項																							
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																						
	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><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																							

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。