

臨床調査個人票 認定 不認定

300 IgG4 関連疾患 (更新)

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。また、本疾患の更新用の臨床調査個人票は、受給者証に記載の枝番及び病型に関わらず共通です。

■ 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 (該当する項目に☑を記入する)

※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。

重症度は基本的に治療開始後に判定し、以下の(1)もしくは(2)を満たす	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。

IgG4 関連疾患の重症度分類 (該当する項目に☑を記入する)

重症度分類		
<input type="checkbox"/> (1) ステロイド依存性	十分量のステロイド治療<初回投与量 (0.5~0.6mg/kg) >を行い寛解導入したが、ステロイド減量や中止で以下の臓器障害のうち少なくとも一つが再燃し、離脱できない場合	
<input type="checkbox"/> (2) ステロイド抵抗性	十分量のステロイド治療<初回投与量 (0.5~0.6mg/kg) >を6か月間行っても寛解導入できず、以下の臓器障害のうち少なくとも一つが残る場合	
<input type="checkbox"/> 上記(1)(2)のいずれにも該当しない		
臓器障害		
腎臓: CKD 重症度分類ヒートマップが赤の部分の場合		<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 不明
胆道: 閉塞性黄疸が解除できずステント挿入などが必要、または重度の肝硬変 Child Pugh B 以上		<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 不明
膵臓: 閉塞性黄疸が解除できずステント挿入などが必要、または膵石などを伴う重度の膵外分泌機能不全		<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 不明
呼吸器: PaO ₂ が 60Torr 以下の低酸素血症が持続する		<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 不明
後腹膜・血管: 尿路の閉塞が持続する、血管破裂、あるいはその予防のためのステントインゲ		<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 不明
下垂体: ホルモンの補償療法が必要		<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 不明

Child Pugh 分類 (該当する項目に☑を記入する)

<input type="checkbox"/> A: 5~6点 <input type="checkbox"/> B: 7~9点 <input type="checkbox"/> C: 10~15点			
脳症	<input type="checkbox"/> ない(1)	<input type="checkbox"/> 軽症(2)	<input type="checkbox"/> ときどき昏睡(3)
腹水	<input type="checkbox"/> ない(1)	<input type="checkbox"/> 少量(2)	<input type="checkbox"/> 中等量(3)
血清総ビリルビン値 (mg/dL)	<input type="checkbox"/> 2.0 未満(1)	<input type="checkbox"/> 2.0~3.0(2)	<input type="checkbox"/> 3.0 超(3)
血清アルブミン値 (g/dL)	<input type="checkbox"/> 3.5 超(1)	<input type="checkbox"/> 2.8~3.5(2)	<input type="checkbox"/> 2.8 未満(3)
プロトロンビン活性値 (%)	<input type="checkbox"/> 70 超(1)	<input type="checkbox"/> 40~70(2)	<input type="checkbox"/> 40 未満(3)

CKD 重症度分類ヒートマップ (該当する項目に☑を記入する)

<input type="checkbox"/> 赤	<input type="checkbox"/> オレンジ	<input type="checkbox"/> 黄	<input type="checkbox"/> 緑
①GFR 区分 (mL/分/1.73 m 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 (ESKD)) : <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.いづらか問題がある 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.いづらか問題がある 3.自分でできない		
	ふだんの活動	1.問題はない 2.いづらか問題がある 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

--

■ 臨床症状

悪性腫瘍の合併	1.あり 2.なし 3.不明
疾患名()	
自己免疫疾患、炎症性疾患の合併	1.あり 2.なし 3.不明
疾患名()	
アレルギー歴 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> その他()	1.あり 2.なし 3.不明
病変臓器の臓器名と数 <input type="checkbox"/> 脾臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 涙腺 <input type="checkbox"/> 唾液腺 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> リンパ節 <input type="checkbox"/> 後腹膜 <input type="checkbox"/> 血管 <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> その他() 該当数()	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。