

臨床調査個人票 認定 不認定
037. 膿疱性乾癬（汎発型）
（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。

膿疱性乾癬（汎発性）重症度分類基準で、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。

膿疱性乾癬（汎発性）重症度スコア	
皮膚症状の評価（0-9）	点
全身症状・検査所見の評価（0-8）	点
合計スコア	点
膿疱性乾癬（汎発性）重症度分類基準	1. 軽症（合計スコア0-6点） 2. 中等症（合計スコア7-10点） 3. 重症（合計スコア11-17点）

<参考：重症度（膿疱性乾癬（汎発型）の重症度分類基準（2010年）>

A. 皮膚症状の評価（0-9）

	高度	中等度	軽度	なし
紅斑面積(全体)*	3	2	1	0
膿疱を伴う紅斑面積**	3	2	1	0
浮腫の面積**	3	2	1	0

* 体表面積に対する％
 （高度：75％以上、中等度：25以上75％未満、軽度：25％未満）
 **体表面積に対する％
 （高度：50％以上、中等度：10以上50％未満、軽度：10％未満）

B. 全身症状・検査所見の評価（0-8）

スコア	2	1	0
発熱(°C)	38.5以上	37以上38.5未満	37未満
白血球数(/μL)	15,000以上	10,000-15,000未満	10,000未満
CRP(mg/dl)	7.0以上	0.3以上-7.0未満	0.3未満
血清アルブミン(g/dl)	3.0未満	3.0以上-3.8未満	3.8以上

■発症と経過

発病時の状況	
発症年月	西暦 年 月
疾患分類等	
疾患分類 (膿疱性乾癬)	1. 汎発性膿疱性乾癬 2. 疱疹状膿疱疹 3. 稽留性肢端皮膚炎の汎発化 4. その他 ()
経過	
経過の状態	1. 治癒 2. 軽快 3. 不変 4. 徐々に悪化 5. 急速に悪化 6. その他 ()
再発回数	1. 初回 2. 再発 回数 回目
発症の誘因	1. 感染症 2. 妊娠 3. 薬剤 4. その他 5. 誘因なし 感染症の病名 薬剤名 1. 副腎皮質ステロイド 2. その他 ()
後遺症	
1. あり 2. なし 後遺症の内容	
特記事項	

■臨床所見

経過	
潮紅皮膚と膿疱	1. あり 2. なし
紅斑	現在の状態 1. 体表面積の75%以上 2. 体表面積の25%以上75%未満 3. 体表面積の25%未満 4. なし
膿疱を伴う紅斑	現在の状態 1. 体表面積の75%以上 2. 体表面積の25%以上75%未満 3. 体表面積の25%未満 4. なし
浮腫	現在の状態 1. 体表面積の75%以上 2. 体表面積の25%以上75%未満 3. 体表面積の25%未満 4. なし
発熱	
現在の状態 1. 38.5度以上 2. 37度以上38.5度未満 3. 37度未満	

■検査所見

血液検査所見																			
検査年月日	西暦	年	月	日															
白血球	/μL	CRP	mg/dL	血清アルブミン	g/dL														
■治療その他（西暦 年 月 日）																			
副腎皮質ステロイド																			
副腎皮質ステロイドの内服	1.実施 治療効果	2.未実施 1.改善	プレドニゾン換算 2.不変	量 3.悪化	mg/日 4.不明														
免疫抑制剤																			
シクロスポリンMEPCの内服	1.実施 治療効果	2.未実施 1.改善	量 2.不変	mg/日 3.悪化	4.不明														
内服治療その他																			
エトレチナート	1.実施 治療効果	2.未実施 1.改善	量 2.不変	mg/日 3.悪化	4.不明														
メトトレキサート	1.実施 治療効果	2.未実施 1.改善	量 2.不変	mg/日 3.悪化	4.不明														
その他	1.実施 治療効果	2.未実施 1.改善	内容 2.不変	処方量 3.悪化	4.不明														
生物学的製剤その他																			
インフリキシマブ	1.実施 治療効果	2.未実施 使用目的 (複数回答可) 1.改善	量 2.不変	mg/日 3.悪化	使用週 3.その他	その他の内容													
その他	1.実施 治療効果	2.未実施 使用目的 (複数回答可) 1.改善	量 2.不変	mg/日 3.悪化	使用週 3.その他	その他の内容													
外用療法																			
副腎皮質ステロイド外用	1.実施	2.未実施	治療効果	1.改善	2.不変	3.悪化	4.不明												
活性型ビタミンD3外用	1.実施	2.未実施	治療効果	1.改善	2.不変	3.悪化	4.不明												
光線療法																			
1.実施 治療効果	2.未実施 1.改善	種類 2.不変	1. PUVA 3.悪化	2. NB-UVB 4.不明	3. その他	その他の内容													
その他																			
1.実施 治療効果	2.未実施 1.改善	内容 2.不変	処方量 3.悪化			4.不明													
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> </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。