

臨床調査個人票 認定 不認定
040. 高安動脈炎（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

氏名および受給所番号		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。

高安動脈炎の重症度分類でⅢ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。

高安動脈炎の重症度分類	
該当するものにチェック <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ⅰ度 <input type="checkbox"/> Ⅱ度 <input type="checkbox"/> Ⅲ度 <input type="checkbox"/> Ⅳ度 <input type="checkbox"/> Ⅴ度

<参考:重症度分類>高安動脈炎の重症度分類

- Ⅰ度 高安動脈炎と診断しうる自覚的(脈なし、頸部痛、発熱、めまい、失神発作など)、他覚的(炎症反応陽性、上肢血圧左右差、血管雑音、高血圧など)所見が認められ、かつ血管造影(CT、MRI、MRA、FDG-PETを含む)にても病変の存在が認められる。ただし、特に治療を加える必要もなく経過観察するかあるいはステロイド剤を除く治療を短期間加える程度
- Ⅱ度 上記症状、所見が確認され、ステロイド剤を含む内科療法にて軽快あるいは経過観察が可能
- Ⅲ度 ステロイド剤を含む内科療法、あるいはインターベンション(PTA)、外科的療法にもかかわらず、しばしば再発を繰り返し、病変の進行、あるいは遷延が認められる。
- Ⅳ度 患者の予後を決定する重大な合併症(大動脈弁閉鎖不全症、動脈瘤形成、腎動脈狭窄症、虚血性心疾患、肺梗塞)が認められ、強力な内科的、外科的治療を必要とする。
- Ⅴ度 重篤な臓器機能不全(うっ血性心不全、心筋梗塞、呼吸機能不全を伴う肺梗塞、脳血管障害(脳出血、脳梗塞)、虚血性視神経症、腎不全、精神障害)を伴う合併症を有し、嚴重な治療、観察を必要とする。

■発症と経過

発病時の状況			
発症年月	西暦	年	月
診断等			
病型	1.弓分岐閉塞型 2.異型大動脈縮窄型 3.混合型 4.拡張型(動脈瘤型) 5.不明		
高安動脈炎病型分類	1.Ⅰ 2.Ⅱa 3.Ⅱb 4.Ⅲ 5.Ⅳ 6.Ⅴ		
冠動脈病変(C)	1.あり 2.なし 3.不明	肺動脈病変(P)	1.あり 2.なし 3.不明
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()		
経過が進行性の病変で	1.ある 2.ない 3.不明		
特記事項			

■臨床所見（西暦 年 月 日）

合併症			
高血圧	1.あり 2.なし 3.不明		
虚血性心疾患	1.あり 2.なし 3.不明 心電図所見		
心筋梗塞	1.あり 2.なし 3.不明	大動脈瘤	1.あり 2.なし 3.不明
動脈瘤形成	1.あり 2.なし 3.不明	解離性大動脈瘤	1.あり 2.なし 3.不明
大動脈弁閉鎖不全	1.あり 2.なし 3.不明 (大動脈径(弁直上) mm) ・カラドブラ法による大動脈弁逆流 1.わずかな逆流 2.僧帽弁前尖まで(軽度) 3.乳頭筋まで(中等度) 4.心尖まで(重度)		
うっ血性心不全	1.あり 2.なし 3.不明		
肺梗塞	1.あり 2.なし 3.不明 呼吸機能不全を伴う 1.あり 2.なし		
白内障	1.あり 2.なし 3.不明	眼底所見	1.あり 2.なし 3.不明
虚血性視神経症	1.あり 2.なし 3.不明	炎症性腸疾患	1.あり 2.なし 3.不明
脳虚血発作	1.あり 2.なし 3.不明 脳血栓1.あり 2.なし 3.不明 脳出血1.あり 2.なし 3.不明 その他1.あり 2.なし 3.不明		
腎障害	1.あり 2.なし 3.不明	人工透析	1.あり 2.なし 3.不明
腎動脈狭窄症	1.あり 2.なし 3.不明		

■検査所見

血液検査 (西暦 年 月 日)				
赤沈 (mm/hr)	赤沈値の範囲	1. 20未満	2. 20~50未満	3. 50以上
CRP (mg/dL)	CRPの範囲	1. 1未満	2. 1~3未満	3. 3以上
画像診断				
画像検査の種類	検査項目	1. CT 2. DSA 3. MRA 4. 血管造影 5. その他 ()	検査年月日	年 月 日
	検査項目	1. CT 2. DSA 3. MRA 4. 血管造影 5. その他 ()	検査年月日	年 月 日
	検査項目	1. CT 2. DSA 3. MRA 4. 血管造影 5. その他 ()	検査年月日	年 月 日
動脈閉塞 (狭窄)	1. あり 2. なし 3. 不明 動脈名			
動脈拡張 (動脈瘤)	1. あり 2. なし 3. 不明 動脈名			

■治療

薬物療法														
副腎皮質ステロイド	1.あり 2.なし 3.不明	プレドニゾン換算最大量	mg/日											
ステロイドパルス療法	1.あり 2.なし 3.不明													
免疫抑制剤	1.あり 2.なし 3.不明													
	薬剤名1 ()	投与方法	投与量	mg										
	薬剤名2 ()	投与方法	投与量	mg										
生物学的製剤	1.あり 2.なし 3.不明													
	薬剤名(自由記載)	投与方法	投与量	mg										
	単位1.日 2.週 3.2週 4.月													
抗血小板療法	1.あり 2.なし 3.不明	抗凝固療法	1.あり 2.なし 3.不明											
外科的治療 (ステントグラフト内挿術を含む)														
手術歴	1.あり 2.なし 3.不明													
	手術1 (実施年月) 西暦	年	月	(術式)										
	手術2 (実施年月) 西暦	年	月	(術式)										
カテーテルインターベンション	1.あり 2.なし 3.不明													
	(実施年月) 西暦	年	月	(部位)										
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	□自立 □部分介助 □全介助												
	車椅子とベッド間の移動	□自立 □軽度介助 □部分介助 □全介助												
	整容	□自立 □部分介助/不可能												
	トイレ動作	□自立 □部分介助 □全介助												
	入浴	□自立 □部分介助/不可能												
	歩行	□自立 □軽度介助 □部分介助 □全介助												
	階段昇降	□自立 □部分介助 □不能												
	着替え	□自立 □部分介助 □全介助												
	排便コントロール	□自立 □部分介助 □全介助												
排尿コントロール	□自立 □部分介助 □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														

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。