

臨床調査個人票 認定 不認定
041. 巨細胞性動脈炎（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。

巨細胞性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。

巨細胞性動脈炎の重症度分類

該当するものにチェック☑	<input type="checkbox"/> Ⅰ	<input type="checkbox"/> Ⅱ	<input type="checkbox"/> Ⅲ	<input type="checkbox"/> Ⅳ	<input type="checkbox"/> Ⅴ
--------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

【参考：巨細胞性動脈炎の重症度分類】

- I度 ・巨細胞性動脈炎と診断されるが視力障害がなく、特に治療を加える必要もなく経過観察あるいはステロイド剤を除く治療で経過観察が可能。
- II度 ・巨細胞性動脈炎と診断されるが視力障害がなく、ステロイドを含む内科療法にて軽快あるいは経過観察が可能である。
- III度 ・視力障害が存在する（V度には当てはまらない）、または大動脈瘤あるいは大動脈弁閉鎖不全症が存在するがステロイドを含む内科治療で経過観察が可能である。
 ・下肢または上肢の虚血性病変が存在するが内科治療で経過観察が可能である。
- IV度 ・ステロイドを含む内科治療を行うも、視力障害（V度には当てはまらない）、大動脈瘤、大動脈弁閉鎖不全症、下肢・上肢の虚血性病変など巨細胞性動脈炎に起因する症状の再燃を繰り返し、薬剤の増量または変更や追加が必要であるもの。
- V度 ・視野障害・失明（両眼の視力の和が0.12以下もしくは両眼の視野がそれぞれ10度以内のものをいう）に至ったもの。
 ・下肢または上肢の虚血性病変のため壊疽になり、血行再建術または切断が必要なもの、または行ったもの。
 ・本疾患による胸部・腹部大動脈瘤、大動脈閉鎖不全症が存在し、外科的手術が必要なもの、または、外科治療を行ったもの。

■発症と経過

発病時の状況	
発症年月	西暦 年 月
病型分類	
病型分類	1. 側頭動脈・眼動脈などの頭蓋領域の動脈に限局 2. 頭蓋領域の動脈に限局せず大動脈・総頸動脈・鎖骨下動脈などにも分布 →部位 1. 大動脈 2. 総頸動脈 3. 鎖骨下動脈 4. その他 ()
経過	
経過の状態	1. 軽快 2. 不変 3. 徐々に悪化 4. 急速に悪化 5. その他 ()
経過が進行性の病変で	1. ある 2. ない 3. 不明
疾患背景	
推定発症年齢	1. 0～9歳 2. 10～19歳 3. 20～29歳 4. 30～39歳 5. 40～49歳 6. 50～59歳 7. 60～69歳 8. 70～79歳 9. 80歳以上 10. 不明
特記事項（主にこの1年の状況・経過）	

■臨床所見（6か月以内の状況）

全身症状			
38度以上の発熱が2週間以上持続	1. あり 2. なし 3. 不明		
頭蓋領域の動脈（外頸動脈分枝）病変による症状			
経験したことがない局所的頭痛	1. あり 2. なし 3. 不明	側頭動脈の圧痛	1. あり 2. なし 3. 不明
側頭動脈の拍動低下	1. あり 2. なし 3. 不明	顎跛行	1. あり 2. なし 3. 不明
下顎痛	1. あり 2. なし 3. 不明		
眼動脈（内頸動脈分枝）病変による症状			
視力低下	1. あり 2. なし 3. 不明	失明	1. あり 2. なし 3. 不明
眼底検査で虚血性視神経症の所見	1. あり 2. なし 3. 不明		
総頸動脈・内頸動脈・脳動脈病変による症状			
めまい	1. あり 2. なし 3. 不明	失神	1. あり 2. なし 3. 不明
脳血管障害	1. あり 2. なし 3. 不明	片麻痺	1. あり 2. なし 3. 不明
鎖骨下動脈病変による症状			
脈の減弱または消失	1. あり 2. なし 3. 不明		
上肢の易疲労感	1. あり 2. なし 3. 不明		
大動脈または冠動脈病変による症状			
大動脈瘤	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
狭心症	1. あり 2. なし 3. 不明	心筋梗塞	1. あり 2. なし 3. 不明

その他の動脈病変による症状			
末梢動脈病変	1.あり 2.なし 3.不明	部位	
その他	1.あり 2.なし 3.不明	部位	
治療関連合併症			
入院を要する感染症	1.あり 2.なし 3.不明	病原体	部位
リウマチ性多発筋痛症	1.あり 2.なし 3.不明	ステロイド糖尿病	1.あり 2.なし 3.不明
脂質異常症	1.あり 2.なし 3.不明	病的骨折	1.あり 2.なし 3.不明
骨壊死	1.あり 2.なし 3.不明		
その他	1.あり 2.なし 3.不明	その他	

■検査所見

血液検査（直近の検査を記入：西暦 年 月 日）			
赤沈	mm /h	CRP	mg /dL
画像検査（直近の検査を記入：西暦 年 月 日）			
画像検査の種類	1.血管エコー 2.MRA 3.造影CT 4.血管造影/DSA 5.その他（ ）		
動脈の狭窄・閉塞	1.あり 2.なし 3.不明 部位 1.大動脈 2.総頸動脈 3.鎖骨下動脈 4.その他（ ）		
動脈の拡張（動脈瘤）	1.あり 2.なし 3.不明 部位 1.大動脈 2.総頸動脈 3.鎖骨下動脈 4.その他（ ）		
(血管エコーの場合)側頭動脈周囲のdark halo（浮腫性変化）		1.あり 2.なし 3.不明	

■治療その他

治療開始時			
体重	kg	身長	cm
現在の薬物療法（主にこの1年の状況）			
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	1.経口 2.静注
	投与量 mg	単位	1.日 2.週 3.2週 4.月
生物学的製剤	1.あり 2.なし 3.不明		
	薬剤名	投与方法	1.経口 2.皮下注
	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							
血管内治療	1.あり 2.なし 3.不明	実施日	西暦	年	月	日	種類
血管手術	1.あり 2.なし 3.不明	実施日	西暦	年	月	日	種類

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
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。