

臨床調査個人票 認定 不認定
043. 顕微鏡的多発血管炎
(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。

顕微鏡的多発血管炎の重症度分類で3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。

顕微鏡的多発血管炎の重症度分類

該当するものにチェック☑	<input type="checkbox"/> 1度	<input type="checkbox"/> 2度	<input type="checkbox"/> 3度	<input type="checkbox"/> 4度	<input type="checkbox"/> 5度
--------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

【参考:顕微鏡的多発血管炎の重症度分類】

- 1度 ステロイドを含む免疫抑制薬の維持量ないしは投薬なしで1年以上病状が安定し、臓器病変および合併症を認めず日常生活に支障なく寛解状態にある患者(血管拡張剤、降圧剤、抗凝固剤などによる治療は行ってもよい)。
 2度 ステロイドを含む免疫抑制療法の治療と定期的外来通院を必要とし、臓器病変と合併症は併存しても軽微であり、介助なしで日常生活に支障のない患者。
 3度 機能不全に至る臓器病変(腎、肺、心、精神・神経、消化管など)ないし合併症(感染症、圧迫骨折、消化管潰瘍、糖尿病など)を有し、しばしば再燃により入院または入院に準じた免疫抑制療法ないし合併症に対する治療を必要とし、日常生活に支障をきたしている患者。臓器病変の程度は注1のa~hのいずれかを認める。
 4度 臓器の機能と生命予後に深く関わる臓器病変(腎不全、呼吸不全、消化管出血、中枢神経障害、運動障害を伴う末梢神経障害、四肢壊死など)ないし合併症(重症感染症など)が認められ、免疫抑制療法を含む厳重な治療管理ないし合併症に対する治療を必要とし、少なからず入院治療、時に一部介助を要し、日常生活に支障のある患者。臓器病変の程度は注2のa~hのいずれかを認める。
 5度 重篤な不可逆性臓器機能不全(腎不全、心不全、呼吸不全、意識障害・認知障害、消化管手術、消化・吸収障害、肝不全など)と重篤な合併症(重症感染症、DICなど)を伴い、入院を含む厳重な治療管理と少なからず介助を必要とし、日常生活が著しく支障をきたしている患者。これには、人工透析、在宅酸素療法、経管栄養などの治療を要する患者も含まれる。臓器病変の程度は注3のa~hのいずれかを認める。

注1:以下のいずれかを認めること

- a. 肺線維症により軽度の呼吸不全を認め、PaO₂が60~70Torr。
 b. NYHA 2度の心不全徴候を認め、心電図上陳旧性心筋梗塞、心房細動(粗動)、期外収縮あるいはST低下(0.2mV以上)の1つ以上認める。
 c. 血清クレアチニン値が2.5~4.9mg/dlの腎不全。
 d. 両眼の視力の和が0.09~0.2の視力障害。
 e. 拇指を含む2関節以上の指・趾切断。
 f. 末梢神経障害による1肢の機能障害(筋力3)。
 g. 脳血管障害による軽度の片麻痺(筋力4)。
 h. 血管炎による便潜血反応中等度以上陽性、コーヒ一残渣物の嘔吐。

注2:以下のいずれかを認めること

- a. 肺線維症により中等度の呼吸不全を認め、PaO₂が50~59Torr。
 b. NYHA 3度の心不全徴候を認め、胸部X線上 CTR60%以上、心電図上陳旧性心筋梗塞、脚ブロック、2度以上の房室ブロック、心房細動(粗動)、人工ペースメーカーの装着、のいずれかを認める。
 c. 血清クレアチニン値が5.0~7.9mg/dlの腎不全。
 d. 両眼の視力の和が0.02~0.08の視力障害。
 e. 1肢以上の手・足関節より中枢側における切断。
 f. 末梢神経障害による2肢の機能障害(筋力3)。
 g. 脳血管障害による著しい片麻痺(筋力3)。
 h. 血管炎による両眼的下血、嘔吐を認める。

注3:以下のいずれかを認めること

- a. 肺線維症により高度の呼吸不全を認め、PaO₂が50Torr 未満。
 b. NYHA 4度の心不全徴候を認め、胸部X線上 CTR60%以上、心電図上陳旧性心筋梗塞、脚ブロック、2度以上の房室ブロック、心房細動(粗動)、人工ペースメーカーの装着、のいずれか2以上を認める。
 c. 血清クレアチニン値が8.0mg/dlの腎不全。
 d. 両眼の視力の和が0.01以下の視力障害。
 e. 2肢以上の手・足関節より中枢側の切断。
 f. 末梢神経障害による3肢以上の機能障害(筋力3)、もしくは1肢以上の筋力全廃(筋力2以下)。
 g. 脳血管障害による完全片麻痺(筋力2以下)。
 h. 血管炎による消化管切除術を施行。

■発症と経過

発病時の状況			
発症年月	西暦	年	月
特記事項			
入院回数			
1年間の原疾患および合併症による入院回数	回		
心・循環器症状			
NYHA2度以下の心不全兆候	1.あり 2.なし 3.不明	心電図上陳旧性心筋梗塞	1.あり 2.なし 3.不明
心房細動	1.あり 2.なし 3.不明	期外収縮	1.あり 2.なし 3.不明
ST 低下(0.2m V以上)	1.あり 2.なし 3.不明		
呼吸器症状			
間質性肺炎	1.あり 2.なし 3.不明	肺出血	1.あり 2.なし 3.不明
PaO ₂	Torr		
その他の肺病変			
消化器症状			
消化管出血	1.あり 2.なし 3.不明	便潜血反応中等度以上	1.あり 2.なし 3.不明
コーヒ一残渣物の嘔吐	1.あり 2.なし 3.不明		
その他の消化管病変			
腎・泌尿器症状			
急速進行性糸球体腎炎	1.あり 2.なし 3.不明		
その他の腎病変			

その他の症状 当てはまるものにチェック			
□全身症状 □皮膚症状 □筋骨格症状 □眼症状 □鼻・耳症状 □その他()			
活動性血管炎について			
活動性血管炎によると考える症状	1.あり 2.なし 3.不明	活動性血管炎によると考えられる検査異常	1.あり 2.なし 3.不明
合併症			
入院を要する重症感染症	1.あり 2.なし 3.不明	診断名	
在宅酸素療法を要する慢性呼吸不全	1.あり 2.なし 3.不明	ステロイド誘発性糖尿病	1.あり 2.なし 3.不明
視力低下	1.あり 2.なし 3.不明	失明	1.あり 2.なし 3.不明
ステロイド誘発性緑内障	1.あり 2.なし 3.不明	難聴	1.あり 2.なし 3.不明
消化管潰瘍	1.あり 2.なし 3.不明	脊椎圧迫骨折	1.あり 2.なし 3.不明
大腿骨頭壊死	1.あり 2.なし 3.不明	末梢神経性感覚障害	1.あり 2.なし 3.不明
末梢神経性運動障害	1.あり 2.なし 3.不明	自由記載	
血液検査			
免疫複合体(C1q法)	IU/mL 基準値 IU/mL	RF	IU/mL 基準値 IU/mL
MPO-ANCA	IU/mL 基準値 結果 1.陽性 2.陰性 3.不明	PR3-ANCA	IU/mL 基準値 結果 1.陽性 2.陰性 3.不明
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 薬剤名2 薬剤名3	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 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 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(自由記載)	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
アフェレーシス			
血漿交換療法	1.あり 2.なし 3.不明	方法 1.単純血漿交換 2.二重膜濾過血漿交換 3.その他	その他の方法
血液透析	1.あり 2.なし 3.不明		
2 関節以上の指・趾切断			
1.あり 2.なし 3.不明			
その他の治療法(手術など)			
1.あり 2.なし 3.不明 治療法			

■人工呼吸器等

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" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></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。