

臨床調査個人票 認定 不認定
047. バーシャー病(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。

バーシャー病の重症度分類で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。

バーシャー病の重症度分類		
該当するものに チェック☑	<input type="checkbox"/> 1度	患肢皮膚温の低下、しびれ、冷感、皮膚色調変化(蒼白、虚血性紅潮など)を呈する患者であるが、禁煙も含む日常のケア、または薬物療法などで社会生活・日常生活に支障のないもの。
	<input type="checkbox"/> 2度	1度の症状と同時に間欠性跛行(主として足底筋群、足部、下腿筋)を有する患者で、薬物療法などにより、社会生活・日常生活上の障害が許容範囲内にあるもの。
	<input type="checkbox"/> 3度	指趾の色調変化(蒼白、チアノーゼ)と限局性の小潰瘍や壊死または重度の間欠性跛行を伴う患者。通常の保存的療法のみでは、社会生活に許容範囲を超える支障があり、外科療法の相対的適応となる。
	<input type="checkbox"/> 4度	指趾の潰瘍形成により疼痛(安静時疼痛)が強く、社会生活・日常生活に著しく支障を来す。薬物療法は相対的適応となる。したがって入院加療を要することもある。
	<input type="checkbox"/> 5度	激しい安静時疼痛とともに、壊死、潰瘍が増悪し、入院加療にて強力な内科的、外科的治療を必要とするもの。(入院加療:点滴、鎮痛、包帯交換、外科的処置など)

■発症と経過

発病時の状況	
発症年月	西暦 年 月 (発症時年齢 歳)

■生活歴等

生活歴	
喫煙歴	1.あり 2.やめた 3.なし 1日の本数 本/日 年数 本

■所見 (直近6か月の状況 : 西暦 年 月 日)

罹患部位			
上肢・下肢	1.上肢(あり・なし) ありの場合:罹患部位 1.右 2.左 3.両側 2.下肢(あり・なし) ありの場合:罹患部位 1.右 2.左 3.両側		
皮膚症状			
四肢の冷感、しびれ感、レイノー現象	1.あり 2.なし 3.不明		
潰瘍	1.あり 2.なし 3.不明 (手指足趾潰瘍) 1.あり 2.なし 3.不明		
皮下の血栓性静脈炎	1.あり 2.なし 3.不明		
遊走性静脈炎(皮下静脈の発赤、硬結、疼痛など)	1.あり 2.なし 3.不明		
壊死	1.あり 2.なし 3.不明		
心・循環器症状			
間欠跛行	1.あり 2.なし 3.不明		
指趾の安静時疼痛	1.あり 2.なし 3.不明		
合併症			
糖尿病	1.あり 2.なし 3.不明	動脈硬化	1.あり 2.なし 3.不明
心疾患	1.あり 2.なし 3.不明	脳血管障害	1.あり 2.なし 3.不明
内臓動脈閉塞	1.あり 2.なし 3.不明	肝疾患	1.あり 2.なし 3.不明
腎障害	1.あり 2.なし 3.不明		
自由記載			

■検査所見

動脈造影・所見	過去1年以内に施行した場合に記載： 1.あり（西暦 年 月 日） 2.なし
閉塞	1.あり 2.なし 3.不明
閉塞部位・上肢・鎖骨下動脈	1.右 2.左 3.両側 4.なし
閉塞部位・上肢・腋窩動脈	1.右 2.左 3.両側 4.なし
閉塞部位・上肢・上腕動脈	1.右 2.左 3.両側 4.なし
閉塞部位・上肢・前腕動脈	1.右 2.左 3.両側 4.なし
閉塞部位・下肢・大動脈	1.右 2.左 3.両側 4.なし
閉塞部位・下肢・腸骨動脈	1.右 2.左 3.両側 4.なし
閉塞部位・下肢・膝窩動脈	1.右 2.左 3.両側 4.なし
閉塞部位・下肢・下腿動脈	1.右 2.左 3.両側 4.なし
閉塞部位・下肢・大腿動脈	1.右 2.左 3.両側 4.なし
四肢末梢主幹動脈の多発性分節的閉塞が認められる	1.はい 2.いいえ 3.不明
二次血栓の延長により慢性閉塞の像を示す	1.はい 2.いいえ 3.不明
虫喰い像、石灰沈着などの動脈硬化性変化が認められない	1.はい 2.いいえ 3.不明
閉塞は途絶状、先細り状閉塞となる	1.はい 2.いいえ 3.不明
側副血行路として、ブリッジ状あるいはコイル状側副血行路がみられる	1.はい 2.いいえ 3.不明
ABI検査	
右	左
TBI検査	
右	左

■治療その他

薬物療法													
血管拡張剤	1.あり 2.なし 3.不明	用量 /日	抗血小板療法										
抗凝固療法	1.あり 2.なし 3.不明	用量 /日	1.あり 2.なし 用量 /日										
その他の薬剤	1.あり 2.なし 3.不明	薬剤名	投与量 mg /日										
外科的治療 過去1年以内に施行した場合に記載													
手術歴	1.あり 2.なし 3.不明												
血行再建術	1.あり 2.なし 3.不明	実施年月 西暦 年 月	術式										
肢（指趾）切断術	1.あり 2.なし 3.不明	実施年月 西暦 年 月	種類 1.major 2.minor										
交感神経節切除/ブロック	1.あり 2.なし 3.不明	実施年月 西暦 年 月											
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></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。