

臨床調査個人票 認定 不認定
056. ベーチェット病 (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	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。	
ベーチェット病の重症度基準でStage II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。

重症度分類	
以下の各項目のうち、該当するものにチェック☑	
活動状態	
<input type="checkbox"/> 活動期 <input type="checkbox"/> 非活動期 <input type="checkbox"/> 固定期	
ベーチェット病の重症度基準	
<input type="checkbox"/> Stage I	眼症状以外の主症状(口腔粘膜のアフタ性潰瘍、皮膚症状、外陰部潰瘍)のみられるもの
<input type="checkbox"/> Stage II	Stage I の症状に眼症状として虹彩毛様体炎が加わったもの Stage I の症状に関節炎や副睾丸炎が加わったもの
<input type="checkbox"/> Stage III	網脈絡膜炎のみられるもの
<input type="checkbox"/> Stage IV	失明の可能性があるか、失明に至った網脈絡膜炎およびその他の眼合併症を有するもの 活動性、ないし重度の後遺症を残す特殊病型(腸管ベーチェット病、血管ベーチェット病、神経ベーチェット病)である
<input type="checkbox"/> Stage V	生命予後に危険のある特殊病型ベーチェット病である 慢性進行型神経ベーチェット病である

■発症と経過

発病時の状況	
発症年月	西暦 年 月
特記事項	

■臨床所見 (西暦 年 月 日)

皮膚症状	
潰瘍	口腔粘膜の再発性アフタ性潰瘍 1.あり 2.なし 3.不明 外陰部潰瘍 1.あり 2.なし 3.不明
結節性紅斑様皮疹	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
毛嚢炎様皮疹, 瘡瘍様皮疹, 参考所見: 皮膚の被刺激性亢進	1.あり 2.なし 3.不明
筋骨格症状	
変形や硬直を伴わない関節炎	1.あり 2.なし 3.不明
心・循環器症状	
動脈瘤	1.あり 2.なし 3.不明 (部位)
動脈閉塞	1.あり 2.なし 3.不明 (部位)
深部静脈血栓症(皮下の血栓性静脈炎は含まない)	1.あり 2.なし 3.不明 (部位)
肺塞栓	1.あり 2.なし 3.不明 (部位)

消化器症状	
内視鏡で確認できる消化器病変	1.あり 2.なし 3.不明 (部位)
腎・泌尿器症状	
副睾丸炎	1.あり 2.なし 3.不明
精神・神経症状	
中等度以上の中枢神経病変	1.あり 2.なし 3.不明
急性型 髄膜炎・脳幹脳炎など	1.あり 2.なし 3.不明
慢性進行型 体感失調・精神症状など	1.あり 2.なし 3.不明
眼症状	
虹彩毛様体炎	1.あり 2.なし 3.不明
網膜ぶどう膜炎(網脈絡膜炎)	1.あり 2.なし 3.不明
上記を経過した症状 虹彩後癒着, 水晶体上色素沈着, 網脈絡膜萎縮, 視神経萎縮, 併発白内障, 続発緑内障, 眼球癆	1.あり 2.なし 3.不明
合併症	
自由記載	

■治療その他

治療なし・経過観察のみ													
1.あり 2.なし 3.不明													
対症療法													
1.あり 2.なし 3.不明													
薬物療法													
局所薬物療法	1.あり 2.なし 3.不明												
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										
シクロスポリン	1.あり 2.なし 3.不明												
インフリキシマブ	1.あり 2.なし 3.不明												
アダリムマブ	1.あり 2.なし 3.不明												
コルヒチン	1.あり 2.なし 3.不明												
その他の薬剤	1.あり 2.なし 3.不明	(薬剤名)											
その他の治療法(手術など)													
治療法													
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	<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>												
電話番号	医師の氏名												
	<hr/>												
	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。