

臨床調査個人票 認定 不認定  
058. 肥大型心筋症(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。

肥大型心筋症の重症度分類で中等症以上	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。

肥大型心筋症の重症度分類

該当するものにチェック☑	
<input type="checkbox"/> 軽症	中等症の基準を満たさない
<input type="checkbox"/> 中等症	NYHAⅡ度であり、かつ不整脈(2)・入院歴(2)・突然死リスク(2)の項目のいずれかを満たす
<input type="checkbox"/> 重症	NYHAⅢ～Ⅳ度・不整脈(3)・入院歴(3)のいずれかを満たす
<input type="checkbox"/> 最重症	NYHAⅣ度、かつ入院歴(4)を満たす
NYHA分類	<input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ <input type="checkbox"/> Ⅲ <input type="checkbox"/> Ⅳ
不整脈	<input type="checkbox"/> (1)なしまたは散発期外収縮 <input type="checkbox"/> (2)非持続性心室頻拍または上室性頻脈性不整脈 <input type="checkbox"/> (3)持続性心室頻脈または心室細動
過去1年の不整脈・心不全のための入院歴	<input type="checkbox"/> (1)なし <input type="checkbox"/> (2)1回 <input type="checkbox"/> (3)2回以上 <input type="checkbox"/> (4)2回以上の入院または持続静注からの離脱不能、補助人工心臓、心臓移植適応のいずれか
突然死リスク(*)	<input type="checkbox"/> (1)なし <input type="checkbox"/> (2)あり (*致死性不整脈、失神・心停止の既往、突然死の家族歴、左室最大壁厚>30mmのうち2項目以上)
PeakVO <sub>2</sub> (基準値の)	1.施行不能 2.40%未満 3.40-60% 4.60-80% 5.80%以上

身体活動能力質問表

1. 夜、楽に眠れますか?	1.はい 2.つらい 3.わからない	1Met以下
2. 横になっていると楽ですか?	1.はい 2.つらい 3.わからない	1Met以下
3. 一人で食事や洗面ができますか?	1.はい 2.つらい 3.わからない	1.6 Mets
4. トイレは一人で楽にできますか?	1.はい 2.つらい 3.わからない	2Mets
5. 着替えが一人でできますか?	1.はい 2.つらい 3.わからない	2Mets
6. 炊事や掃除ができますか?	1.はい 2.つらい 3.わからない	2~3Mets
7. 自分で布団を敷けますか?	1.はい 2.つらい 3.わからない	2~3Mets
8. ぞうきんがけはできますか?	1.はい 2.つらい 3.わからない	3~4Mets
9. シャワーを浴びても平気ですか?	1.はい 2.つらい 3.わからない	3~4Mets
10. ラジオ体操をしても平気ですか?	1.はい 2.つらい 3.わからない	3~4Mets
11. 健康な人と同じ速度で平地を100~200m 歩いても平気ですか?	1.はい 2.つらい 3.わからない	3~4Mets
12. 庭いじり(軽い草むしりなど)をしても平気ですか?	1.はい 2.つらい 3.わからない	4Mets
13. 一人で風呂に入れますか?	1.はい 2.つらい 3.わからない	4~5Mets
14. 健康な人と同じ速度で2階まで昇っても平気ですか?	1.はい 2.つらい 3.わからない	5~6Mets
15. 軽い農作業(庭掘りなど)はできますか?	1.はい 2.つらい 3.わからない	5~7Mets
16. 平地で急いで200m 歩いても平気ですか?	1.はい 2.つらい 3.わからない	6~7Mets
17. 雪かきはできますか?	1.はい 2.つらい 3.わからない	6~7Mets
18. テニス(又は卓球)をしても平気ですか?	1.はい 2.つらい 3.わからない	6~7Mets
19. ジョギング(時速8km 程度)を300~400m しても平気ですか?	1.はい 2.つらい 3.わからない	7~8Mets
20. 水泳をしても平気ですか?	1.はい 2.つらい 3.わからない	7~8Mets
21. なわとびをしても平気ですか?	1.はい 2.つらい 3.わからない	8Mets以上
症状が出現する最少運動量		Mets

特記事項

■経過

発病時の状況

発症年月	西暦	年	月
自覚症状 (判定:西暦	年	月	日)
自覚症状の有無	1.あり 2.なし		
呼吸困難	1.安静時 2.軽い日常労作時 3.強い労作時 4.なし		
全身倦怠感	1.安静時 2.軽い日常労作時 3.強い労作時 4.なし		
胸痛(胸部圧迫感)	1.安静時 2.軽い日常労作時 3.強い労作時 4.なし		
動悸(不整脈)	1.安静時 2.軽い日常労作時 3.強い労作時 4.なし		
その他	1.あり 2.なし	その他の内容	

身体所見

検査年月日	西暦	年	月	日
身長	cm	体重	kg	
体温	度	脈拍	/分	
収縮期	mmHg	拡張期	mmHg	
呼吸回数	/分			
頸静脈怒張	1.あり 2.なし	肝腫大	1.あり 2.なし	
浮腫	1.あり 2.なし	チアノーゼ	1.あり 2.なし	
肺ラ音	1.あり 2.なし	肺ラ音の種類	1.乾性 2.湿性	
心音:Ⅲ音	1.あり 2.なし	心音:Ⅳ音	1.あり 2.なし	
心雑音	1.あり 2.なし	収縮期/拡張期	1.収縮期	2.拡張期

■検査所見

胸部X線																			
検査年月日	西暦 年 月 日				心胸比	%													
うっ血	1.あり 2.なし				胸水	1.あり 2.なし													
その他	1.あり 2.なし その他の内容																		
心電図 (前回記載時からの変化がある場合のみ記載)																			
検査年月日	西暦 年 月 日																		
前回から 変化した内容																			
運動耐容能検査																			
実施の有無	1.実施 2.未実施 検査年月日 西暦 年 月 日																		
検査プロトコール	1.トレッドミル 2.エルゴメーター 3.6分間歩行試験																		
ガス交換比(R:VCO <sub>2</sub> /VO <sub>2</sub> )					最大Mets	Mets													
最大心拍数	/min				peak VO <sub>2</sub>	mL/min/kg													
6分間歩行距離	m																		
運動耐容能検査所見の変化	1.変化あり 2.変化なし 所見																		
血液検査																			
検査年月日	西暦 年 月 日																		
血算	白血球	/μL				赤血球	×10 <sup>4</sup> /μL												
	Hb	g/dL				Ht	%												
生化	BS	mg/dL T P			g/dL UA		mg/dL												
	Alb	g/dL AST			IU/L K		mEq/L												
	ALT	IU/L γ-GT P			IU/L CRP		mg/dL												
	LDH	IU/L ALP			IU/L Na		mEq/L												
	BUN	mg/dL Cr			mg/dL Cl		mEq/L												
免疫	抗HCV抗体	1.陽性 2.陰性																	
特殊	ANP	pg/mL BNP		pg/mL NT-proBNP		pg/mL													
使用薬剤等																			
ジギタリス	1.あり 2.なし 薬品名( ) 用量 治療効果 1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明																		
利尿剤	1.あり 2.なし 薬品名( ) 用量 治療効果 1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明																		
アルドステロン拮抗薬	1.あり 2.なし 薬品名( ) 用量 治療効果 1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明																		
ACE阻害剤	1.あり 2.なし 薬品名( ) 用量 治療効果 1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明																		
A II拮抗剤	1.あり 2.なし 薬品名( ) 用量 治療効果 1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明																		
β遮断剤	1.あり 2.なし 薬品名( ) 用量 治療効果 1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明																		
抗不整脈剤	1.あり 2.なし 薬品名( ) 用量 治療効果 1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明																		
血管拡張剤	1.あり 2.なし 薬品名( ) 用量 治療効果 1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明																		
カテコラミン	1.あり 2.なし 薬品名( ) 用量 治療効果 1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明																		
その他薬剤	1.あり 2.なし 薬品名( ) 用量 治療効果 1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明																		
その他																			
補助循環	1.あり 2.なし 1.体内式 2.体外式 内容																		
心移植	1.あり 2.なし 内容																		
その他(非薬物治療を含む)内容																			
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"> <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	<hr/>													
電話番号					<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。