

臨床調査個人票 認定 不認定
066. IgA腎症(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。

「CKD重症度分類ヒートマップが赤の部分」 「蛋白尿0.5g/gCr以上」 「腎生検施行例の組織学的重症度ⅢもしくはⅣ」 のいずれかを満たす	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。

IgA腎症の重症度分類

以下の各項目のうち、当てはまるものにチェック☑

CKD重症度分類							
CKD重症度 G分類	<input type="checkbox"/> G1	<input type="checkbox"/> G2	<input type="checkbox"/> G3a	<input type="checkbox"/> G3b	<input type="checkbox"/> G4	<input type="checkbox"/> G5	<input type="checkbox"/> 不明
CKD重症度 A分類	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> A3	<input type="checkbox"/> 不明			
CKD重症度分類ヒートマップ	<input type="checkbox"/> 緑	<input type="checkbox"/> 黄	<input type="checkbox"/> オレンジ	<input type="checkbox"/> 赤	<input type="checkbox"/> 直近6ヶ月間では判定不能		
尿検査							
蛋白尿	<input type="checkbox"/> 0.5g/gCr未満		<input type="checkbox"/> 0.5g/gCr以上				
腎生検施行例の組織学的重症度							
日本の組織学的重症度分類	<input type="checkbox"/> Ⅰ	<input type="checkbox"/> Ⅱ	<input type="checkbox"/> Ⅲ	<input type="checkbox"/> Ⅳ	<input type="checkbox"/> 不明		

【参考:IgA腎症の重症度分類】

以下のいずれかを満たす場合を対象とする。

- A. CKD重症度分類ヒートマップが赤の部分の場合
- B. 蛋白尿0.5g/gCr以上の場合
- C. 腎生検施行例の組織学的重症度ⅢもしくはⅣの場合

■CKD重症度分類ヒートマップ

		蛋白尿区分		A1	A2	A3
		尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr 比 (g/gCr)		正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
				0.15 未満	0.15~0.49	0.50 以上
GFR 区分 (mL/分 /1.73 ml)	G1	正常または高値	≥90	緑	黄	オレンジ
	G2	正常または軽度低下	60~89	緑	黄	オレンジ
	G3a	軽度~中等度低下	45~59	黄	オレンジ	赤
	G3b	中等度~高度低下	30~44	オレンジ	赤	赤
	G4	高度低下	15~29	赤	赤	赤
	G5	末期腎不全 (ESKD)	<15	赤	赤	赤

■経過

発病の状況	
発症年月	1. 西暦 年 月 2. 不明
入院回数	
過去1年間の原疾患および併存症による入院回数	回
特記事項	

■臨床所見

身体所見 (過去6ヶ月の有無を記載)			
身長	cm	体重	kg
浮腫	1. あり 2. なし		
収縮期血圧	mmHg	拡張期血圧	mmHg
腎・泌尿器症状 (過去6ヶ月の有無を記載)			
急速進行性糸球体腎炎	1. あり 2. なし 3. 不明	ネフローゼ症候群	1. あり 2. なし 3. 不明
急性腎障害	1. あり 2. なし 3. 不明		

併存症（過去6ヶ月の有無を記載）													
高血圧	1. あり 2. なし 3. 不明												
その他の併存症	1. 慢性肝炎・肝硬変 2. 炎症性腸疾患 3. 関節リウマチ 4. 尋常性乾癬 5. 掌蹼膿疱症 6. 胸肋鎖骨過形成 7. その他()												
尿検査（西暦 年 月 日）（概ね6か月以内の状況もしくは直近のデータ）													
尿蛋白定性	1. - 2. ± 3. + 4. 2+ 5. 3+以上	尿潜血	1. - 2. ± 3. + 4. 2+ 5. 3+以上										
1日蛋白量	g /day	尿蛋白g /g Cr	g /g Cr										
沈渣：赤血球	/hpf	沈渣：赤血球円柱	1. あり 2. なし 3. 不明										
血液検査（西暦 年 月 日）（概ね6か月以内の状況もしくは直近のデータ）													
Hb	g/dL	アルブミン	g/dL										
クレアチニン	mg/dL	eGFR	mL/min/1.73m ²										
シスタチンC	mg/L	IgA	mg/L										
■組織学的所見													
腎病理組織検査（確定診断後、過去1年間に再生検を実施している場合のみ記載）													
再生検実施有無	1. 実施 2. 未実施 3. 不明												
検査年月	1. 西暦 年 月 2. 不明												
実施場所	1. 自施設 2. 他施設 () 3. 不明												
腎生検所見	総糸球体数 個 細胞性半月体 個 全節性硬化 個	線維細胞性半月体 個 分節性硬化 個	線維性半月体 個										
日本の組織学的重症度分類	1. I 2. II 3. III 4. IV 5. 不明												
急性・慢性病変	1. A 2. C 3. A/C 4. なし 5. 不明												
Oxford分類	メサングウム細胞増多 1. M0 2. M1 3. 不明 分節性硬化 1. S0 2. S1 3. 不明 管内細胞増多 1. E0 2. E1 3. 不明 尿細管萎縮・間質線維化 1. T0 2. T1 3. T2 4. 不明												
■治療													
過去1年間の治療													
扁桃摘	1. あり 2. なし 3. 不明												
ステロイド（ステロイドパルス、経口ステロイド）	1. あり 2. なし 3. 不明												
ステロイド以外の免疫抑制剤	1. あり 2. なし 3. 不明 ありの場合 薬剤名												
抗凝固薬（ヘパリン、ワーファリン等）	1. あり 2. なし 3. 不明												
抗血小板薬	1. あり 2. なし 3. 不明												
ACE阻害薬またはARBまたは直接レニン阻害薬	1. あり 2. なし 3. 不明												
他の降圧薬（Ca拮抗薬、α遮断薬、β遮断薬、その他）	1. あり 2. なし 3. 不明												
利尿薬（サイアザイド系利尿薬、ループ利尿薬、その他）	1. あり 2. なし 3. 不明												
抗アルドステロン薬	1. あり 2. なし 3. 不明												
脂質代謝改善薬（スタチン、その他）	1. あり 2. なし 3. 不明												
尿酸降下薬	1. あり 2. なし 3. 不明												
透析療法	1. あり 2. なし 3. 不明 導入年月日 西暦 年 月 日												
腎移植	1. あり 2. なし 3. 不明 導入年月日 西暦 年 月 日												
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。