

臨床調査個人票 認定 不認定
067. 多発性嚢胞腎 (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。

「CKD重症度分類ヒートマップが赤の部分」 「腎容積750ml以上かつ腎容積増大速度5%/年以上」 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。

多発性嚢胞腎の重症度分類

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							
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		
腎容積、腎容積増大速度							
腎容積750ml以上かつ腎容積増大速度5%/年以上	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 直近6ヶ月間では判定不能				

【参考：多発性嚢胞腎の重症度分類】
 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. 腎容積750ml以上かつ腎容積増大速度5%/年以上

■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 m)	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

診断

当てはまるものにチェック☑	<input type="checkbox"/> 1.常染色体優性多発性嚢胞腎(ADPKD) <input type="checkbox"/> 2.常染色体劣性多発性嚢胞腎(ARPKD)
---------------	--

■経過等

発病時の状況

発症年月	西暦	年	月
特記事項 (主にこの1年の状況・経過)			

■臨床所見

理学所見			
身長	cm	体重	kg
腹囲	cm		
収縮期血圧	mmHg	拡張期血圧	mmHg
全身症状			
腎臓痛（尿路結石を含む）	1.あり 2.なし 3.不明	肉眼的血尿・嚢胞出血	1.あり 2.なし 3.不明
高血圧	1.あり 2.なし 3.不明	感染症（嚢胞感染・尿路感染症）	1.あり 2.なし 3.不明
脳出血	1.あり 2.なし 3.不明		

■検査所見

腎画像診断（6か月以内の状況）			
両腎のそれぞれの嚢胞数	右	個	左 個（測定不能な場合は多数と記載する）
超音波画像において、皮髄境界が不明瞭で腫大し高輝度を示す典型的画像所見（ARPKDのみ）	1.あり 2.なし 3.不明		
腎機能検査（6か月以内の状況）			
クレアチニン	mg/dL	尿蛋白Cr比	g/gCr
eGFR	mL/min/1.73m ²	CKD stage	
検査年月日	西暦	年	月 日
腎容積測定検査（概ねこの1年の状況）			
画像検査の種類	1.US 2.CT 3.MRI	両腎容積	cm ³
腎容積増大速度	%/年	検査年月日	西暦 年 月 日
随時尿検査（6か月以内の状況）			
蛋白（定性）	1.- 2.± 3.+ 4.2+ 5.3+	潜血（定性）	1.あり 2.なし 3.不明
検査年月日	西暦	年	月 日

■治療その他

治療			
降圧治療	1.あり 2.なし 3.不明	ACEI/ARB	1.あり 2.なし 3.不明
Tolvaptan	1.あり 2.なし 3.不明	腎動脈塞栓療法	1.あり 2.なし 3.不明
肝動脈塞栓療法	1.あり 2.なし 3.不明	腎嚢胞穿刺術	1.あり 2.なし 3.不明
肝嚢胞穿刺術	1.あり 2.なし 3.不明	腎嚢胞開窓あるいは摘除術	1.あり 2.なし 3.不明
肝嚢胞開窓あるいは部分切除術	1.あり 2.なし 3.不明	脳動脈瘤クリッピング術	1.あり 2.なし 3.不明
肝移植	1.あり 2.なし 3.不明	脳動脈瘤コイル塞栓術	1.あり 2.なし 3.不明
成長ホルモン（ARPKDのみ）	1.あり 2.なし 3.不明	エリスロポエチン	1.あり 2.なし 3.不明
経管栄養（ARPKDのみ）	1.あり 2.なし 3.不明	静脈瘤絞扼術（ARPKDのみ）	1.あり 2.なし 3.不明
門脈シャント術（ARPKDのみ）	1.あり 2.なし 3.不明	脾摘（ARPKDのみ）	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	施行年月日	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
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
	<input type="text"/>
医療機関所在地	医師の氏名
	<input type="text"/>
電話番号	<input type="text"/>
	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。