

臨床調査個人票 認定 不認定
071. 特発性大腿骨頭壊死症（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。

| | |
|--|--|
| 以下のいずれかを満たす ・「病型分類がTypeBまたはTypeC」または「病期分類がStage2以上」 ・日本整形外科学会股関節機能判定基準を用いて、患側について「可（70点以上80点未満）」または「不可（70点未満）」 | 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。
 ※直近6か月間よりも前に手術が行われているなど、病型・病期が分類できない場合は、日本整形外科学会股関節機能判定基準（JOA Hip score）にて判断いただくこととなります。

| | | | | | | |
|------------------|---|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| 病型分類(Type) | | | | | | |
| 該当するものに チェック☑ | 右 | <input type="checkbox"/> TypeA | <input type="checkbox"/> TypeB | <input type="checkbox"/> TypeC-1 | <input type="checkbox"/> TypeC-2 | |
| | 左 | <input type="checkbox"/> TypeA | <input type="checkbox"/> TypeB | <input type="checkbox"/> TypeC-1 | <input type="checkbox"/> TypeC-2 | |
| 病期分類(Stage) | | | | | | |
| 該当するものに チェック☑ | 右 | <input type="checkbox"/> Stage1 | <input type="checkbox"/> Stage2 | <input type="checkbox"/> Stage3A | <input type="checkbox"/> Stage3B | <input type="checkbox"/> Stage4 |
| | 左 | <input type="checkbox"/> Stage1 | <input type="checkbox"/> Stage2 | <input type="checkbox"/> Stage3A | <input type="checkbox"/> Stage3B | <input type="checkbox"/> Stage4 |

術後6か月以上経過している(病型・病期が分類できない)場合は、「JOA Hip score」で評価してください。

日本整形外科学会股関節機能判定基準（JOA Hip score）

| | | | | | | |
|---|--------------------------------|---|---|---|---|---|
| 該当するものに チェック☑ | 右 | <input type="checkbox"/> 優(90点以上) | <input type="checkbox"/> 良(80点以上90点未満) | <input type="checkbox"/> 可(70点以上80点未満) | <input type="checkbox"/> 不可(70点未満) | |
| | 左 | <input type="checkbox"/> 優(90点以上) | <input type="checkbox"/> 良(80点以上90点未満) | <input type="checkbox"/> 可(70点以上80点未満) | <input type="checkbox"/> 不可(70点未満) | |
| | | 右 | 左 | | | |
| 疼痛 40点満点 | | 左右それぞれ該当する点数にチェック☑ | | | | |
| 股関節に対する愁訴が全くない | | <input type="checkbox"/> 40点 | <input type="checkbox"/> 40点 | | | |
| 不安定愁訴(違和感、疲労感)があるが、痛みはない | | <input type="checkbox"/> 35点 | <input type="checkbox"/> 35点 | | | |
| 歩行時痛みはない(ただし歩行開始時あるいは長距離歩行後疼痛を伴うことがある) | | <input type="checkbox"/> 30点 | <input type="checkbox"/> 30点 | | | |
| 自発痛はない。歩行時疼痛はあるが、短時間の休憩で消退する | | <input type="checkbox"/> 20点 | <input type="checkbox"/> 20点 | | | |
| 自発痛はときどきある。歩行時疼痛があるが、休息により軽快する | | <input type="checkbox"/> 10点 | <input type="checkbox"/> 10点 | | | |
| 持続的に自発痛または夜間痛がある | | <input type="checkbox"/> 0点 | <input type="checkbox"/> 0点 | | | |
| 可動域 20点満点 | | 各項目について左右それぞれ該当する点数にチェック☑ | | | | |
| 屈曲: 関節角度を10度刻みとし、10度毎に1点。ただし120度以上は全て12点とする。 (屈曲拘縮のある場合にはこれを引き、可動域で評価する) | | <input type="checkbox"/> 0点 <input type="checkbox"/> 1点 <input type="checkbox"/> 2点 <input type="checkbox"/> 3点 | <input type="checkbox"/> 0点 <input type="checkbox"/> 1点 <input type="checkbox"/> 2点 <input type="checkbox"/> 3点 | <input type="checkbox"/> 4点 <input type="checkbox"/> 5点 <input type="checkbox"/> 6点 <input type="checkbox"/> 7点 | <input type="checkbox"/> 4点 <input type="checkbox"/> 5点 <input type="checkbox"/> 6点 <input type="checkbox"/> 7点 | <input type="checkbox"/> 6点 <input type="checkbox"/> 7点 <input type="checkbox"/> 8点 <input type="checkbox"/> 9点 |
| 外転: 関節角度を10度刻みとし、0度以下を0点、1度以上10度未満を2点、 10度以上20度未満を4点、20度以上30度未満を6点、30度以上は8点とする | | <input type="checkbox"/> 0点 <input type="checkbox"/> 2点 <input type="checkbox"/> 4点 | <input type="checkbox"/> 0点 <input type="checkbox"/> 2点 <input type="checkbox"/> 4点 | <input type="checkbox"/> 6点 <input type="checkbox"/> 8点 | <input type="checkbox"/> 6点 <input type="checkbox"/> 8点 | |
| 歩行能力 20点満点 | | 左右それぞれ該当する点数にチェック☑ | | | | |
| 長距離歩行、速歩が可能。歩容は正常 | | <input type="checkbox"/> 20点 | <input type="checkbox"/> 20点 | | | |
| 長距離歩行、速歩が可能であるが、跛行を伴うことがある。 | | <input type="checkbox"/> 18点 | <input type="checkbox"/> 18点 | | | |
| 杖なしで、約30分または2km歩行可能である。跛行がある。 日常の屋外活動にはほとんど支障がない | | <input type="checkbox"/> 15点 | <input type="checkbox"/> 15点 | | | |
| 杖なしで、10~15分程度、あるいは約500m歩行可能であるが、 それ以上の場合1本杖が必要である。跛行がある | | <input type="checkbox"/> 10点 | <input type="checkbox"/> 10点 | | | |
| 屋内活動はできるが、屋外活動は困難である。屋外では2本杖を必要とする | | <input type="checkbox"/> 5点 | <input type="checkbox"/> 5点 | | | |
| ほとんど歩行不能 | | <input type="checkbox"/> 0点 | <input type="checkbox"/> 0点 | | | |
| 日常生活動作 20点満点 | | 各項目についてそれぞれ該当する点数にチェック☑ | | | | |
| 腰掛け | | <input type="checkbox"/> 容易 4点 | <input type="checkbox"/> 困難 2点 | <input type="checkbox"/> 不可 0点 | | |
| 立ち仕事(家事を含む) (連続時間約30分。休憩を要する場合には困難とする。 5分くらいしかできない場合は不可とする) | | <input type="checkbox"/> 容易 4点 | <input type="checkbox"/> 困難 2点 | <input type="checkbox"/> 不可 0点 | | |
| しゃがみこみ・立ち上がり(支持が必要な場合は困難とする) | | <input type="checkbox"/> 容易 4点 | <input type="checkbox"/> 困難 2点 | <input type="checkbox"/> 不可 0点 | | |
| 階段の昇り降り(手すりを要する場合は困難とする) | | <input type="checkbox"/> 容易 4点 | <input type="checkbox"/> 困難 2点 | <input type="checkbox"/> 不可 0点 | | |
| 車、バスなどの乗り降り | | <input type="checkbox"/> 容易 4点 | <input type="checkbox"/> 困難 2点 | <input type="checkbox"/> 不可 0点 | | |
| 合計点数 | 上記でチェック☑した点数の合計を左右それぞれ記入してください | _____点 | _____点 | | | |

| | |
|--------|--------|
| 発病時の状況 | |
| 発症年月 | 西暦 年 月 |
| 特記事項 | |
| | |

■治療その他

| | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|--|-------------------------------|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 治療法 | | | | | | | | | | | | | |
| 右股関節の治療法 | 1.保存療法 2.手術【時期 西暦 年 月】 手術の術式 1.骨切り術 2.骨移植術 3.人工骨頭置換 4.人工関節置換 5.人工骨頭再置換 6.人工関節再置換 7.その他() | | | | | | | | | | | | |
| 左股関節の治療法 | 1.保存療法 2.手術【時期 西暦 年 月】 手術の術式 1.骨切り術 2.骨移植術 3.人工骨頭置換 4.人工関節置換 5.人工骨頭再置換 6.人工関節再置換 7.その他() | | | | | | | | | | | | |
| 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。