

臨床調査個人票 認定 不認定
084. サルコイドーシス(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

■診断と経過

■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。

サルコイドーシスの重症度分類でⅢまたはⅣ	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。

サルコイドーシスの重症度分類				
該当するものにチェック <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV

【参考:サルコイドーシスの重症度分類】

重症度ⅢとⅣを対象とする。

次の3項目によるスコアで判定する。

1. 臓器病変数	1または2臓器病変 (1点) 3臓器病変以上 (2点) (※ただし、心臓病変があれば2点とする)
2. 治療の必要性 (全身ステロイド薬、免疫抑制薬)	治療なし (0点) 必要性はあるが治療なし (1点) 治療予定または治療あり (2点)
3. サルコイドーシスに関連した 各種臓器の身体障害の認定の程度	身体障害なし (0点) 身体障害3級または4級 (1点) 身体障害1級または2級 (2点)
合計スコアによる判定	I 合計スコアが1点
	II 合計スコアが2点
	III 合計スコアが3点または4点
	IV 合計スコアが5点または6点

特記事項

発病時の状況

発症年月 西暦 年 月

経過

最近6か月の経過 1.軽快 2.不変 3.徐々に悪化 4.急速に悪化 5.その他()

■臨床所見

自覚症状

1.あり 2.なし
 1.咳 2.息切れ 3.発熱 4.痛み 5.倦怠感 6.眼症状 7.皮疹 8.その他()

■検査所見

特徴的検査所見(6カ月以内)

両側肺門リンパ節腫脹	1.あり 2.なし 3.未検
血清アンジオテンシン I 転換酵素(ACE)活性上昇	1.あり 2.なし 3.未検
血清リゾチーム値上昇	1.あり 2.なし 3.未検
血清可溶性インターロイキン2レセプター値上昇	1.あり 2.なし 3.未検
67Gaシンチグラフィで集積亢進	1.あり 2.なし 3.未検
18F-FDG PET で集積亢進	1.あり 2.なし 3.未検
気管支肺胞洗浄液のリンパ球比率上昇	1.あり 2.なし 3.未検
気管支肺胞洗浄液のCD4/8比の上昇 (3.5を超える場合をありとする)	1.あり 2.なし 3.未検

病理学的所見 再燃例													
生検による 類上皮細胞肉芽腫陽性	1.あり 2.なし 3.未検 ありの場合 検査年月日(西暦 年 月 日) 臓器名() その他の所見()												
特徴的検査所見(6カ月以内) 再燃例													
両側肺門リンパ節腫脹	1.あり 2.なし 3.未検 ありの場合 検査年月日 西暦 年 月 日												
血清アンジオテンシン I 転換酵素(ACE)活性上昇	1.あり 2.なし 3.未検 ありの場合 検査年月日 西暦 年 月 日 検査値() 標準範囲()												
血清リゾチーム値上昇	1.あり 2.なし 3.未検 ありの場合 検査年月日 西暦 年 月 日 検査値() 標準範囲()												
血清可溶性インターロイキン2レセプター値上昇	1.あり 2.なし 3.未検 ありの場合 検査年月日 西暦 年 月 日 検査値() 標準範囲()												
67Gaシンチグラフィで集積亢進	1.あり 2.なし 3.未検 ありの場合 検査年月日 西暦 年 月 日												
18F-FDG PET で集積亢進	1.あり 2.なし 3.未検 ありの場合 検査年月日 西暦 年 月 日												
気管支肺胞洗浄液のリンパ球比率上昇	1.あり 2.なし 3.未検 ありの場合 検査年月日 西暦 年 月 日 検査値()												
気管支肺胞洗浄液のCD4/8比の上昇 (3.5を超える場合)	1.あり 2.なし 3.未検 ありの場合 検査年月日 西暦 年 月 日 検査値()												
■治療その他													
現在の治療状況 (今後6か月の予定の治療も含む)													
副腎皮質ステロイド薬の全身投与	プレドニゾン換算最大量 mg/日 治療効果 1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明												
その他の免疫抑制薬の全身投与	種類() 最大投与量() 治療効果 1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明												
その他の薬剤治療	薬剤名() 治療効果 1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明												
非薬物療法(ペースメーカーなど)	治療法() 治療の効果 1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明												
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。