

臨床調査個人票 認定 不認定
085. 特発性間質性肺炎(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。

新重症度分類でⅢ度以上	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。

新重症度分類

以下のうち、該当するものにチェック☑

	安静時動脈血酸素分圧	6分間歩行時 SpO ₂
<input type="checkbox"/> I	80Torr 以上	
<input type="checkbox"/> II	70Torr 以上 80Torr 未満	90 %未満の場合はⅢにする
<input type="checkbox"/> III	60Torr 以上 70Torr 未満	90 %未満の場合はⅣにする(危険な場合は測定不要)
<input type="checkbox"/> IV	60Torr 未満	測定不要

発病時の状況

発症年月	西暦 年 月
特記事項	
経過	
発症形式	1.慢性発症(3か月以上) 2.亜急性発症(1~3か月) 3.急性発症(1か月以内)

■臨床所見

身体所見

身長	cm	体重	kg
主要症状			
捻髪音	1.あり 2.なし 3.不明	乾性咳嗽	1.あり 2.なし 3.不明
労作性呼吸困難	1.あり 2.なし 3.不明	mMRCグレード分類	0 1 2 3 4
ばち指	1.あり 2.なし 3.不明		

■検査所見

胸部HRCT画像所見

添付検査データの実施日	西暦 年 月 日
画像所見	1.胸膜直下肺底部の陰影分布 2.蜂巣肺 3.網状陰影 4.牽引性気管支・細気管支拡張 5.すりガラス陰影 6.浸潤影(コンソリデーション)
呼吸機能	
安静時PaO ₂	Torr AaDO ₂ Torr
FVC	L % FVC %
% VC	% FEV ₁ %
% DLco	% 6分間歩行試験の実施 1.実施 2.未実施 lowest SpO ₂ % 歩行距離 m

■治療その他

副腎皮質ステロイド													
治療有無	1.あり 2.なし	プレドニゾン換算最大量	mg/日										
治療期間(自)	西暦 年 月 日	治療期間(至)	西暦 年 月 日										
免疫抑制剤													
治療有無	1.あり 2.なし												
種類		量	mg/日										
治療期間(自)	西暦 年 月 日	治療期間(至)	西暦 年 月 日										
在宅酸素療法													
治療有無	1.あり 2.なし												
治療期間(自)	西暦 年 月 日	治療期間(至)	西暦 年 月 日										
抗線維化薬 (ピルフェニドン等)													
治療有無	1.あり 2.なし												
種類		量	mg/日										
治療期間(自)	西暦 年 月 日	治療期間(至)	西暦 年 月 日										
その他薬剤 (N-アセチルシステイン等)													
治療有無	1.あり 2.なし												
種類		量	mg/日										
治療期間(自)	西暦 年 月 日	治療期間(至)	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="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 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。