

臨床調査個人票 認定 不認定
086. 肺動脈性肺高血圧症(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。

「重症度分類(更新時)でStage3以上」 「NYHAⅡ度以上」 「肺血管拡張薬を使用している」	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。

肺動脈性肺高血圧症の重症度分類

以下の各項目のうち、該当するものにチェック☑

重症度分類(更新時)	<input type="checkbox"/> Stage1	<input type="checkbox"/> Stage2	<input type="checkbox"/> Stage3	<input type="checkbox"/> Stage4	<input type="checkbox"/> Stage5
NYHA分類	<input type="checkbox"/> Ⅰ度	<input type="checkbox"/> Ⅱ度	<input type="checkbox"/> Ⅲ度	<input type="checkbox"/> Ⅳ度	
肺血管拡張薬	<input type="checkbox"/> 使用している	<input type="checkbox"/> 使用していない			

発病時の状況

発症年月	西暦	年	月
特記事項			
既往歴			
右心不全の既往	1.あり 2.なし		
生活歴			
喫煙歴	1.現在喫煙 2.過去に喫煙したがやめた 3.なし 本数 本/日 年数 年		

■臨床所見

理学所見

身長	cm	体重	kg
脈拍	回/分		
収縮期血圧	mmHg	拡張期血圧	mmHg
自覚症状			
1.咳 2.痰 3.労作性呼吸困難 4.倦怠感(易疲労感) 5.胸痛 6.血痰 7.喘鳴 8.体重減少 9.浮腫 10.下肢の膨脹・疼痛 11.失神 12.嘔声 13.腹部膨満感 その他()			
主要症状			
労作性呼吸困難	1.あり 2.なし 3.不明 MRC(mMRC)グレード分類0 1 2 3 4		
肺高血圧症を示唆する聴診所見の異常	1.あり 2.なし 異常の内容 1.Ⅱ音の亢進 2.Ⅲ/Ⅳ音 3.肺動脈弁逆流音 4.三尖弁逆流音		

■検査所見

胸部X線

検査年月日	西暦	年	月	日
画像所見	1.あり 2.なし 1.左第2号の突出 2.肺動脈本幹部の拡大 3.末梢肺血管影の狭小化 4.心陰影の拡大 CTR %			
右心カテーテル				
検査年月日	西暦	年	月	日
肺動脈圧	収縮期 mmHg	拡張期 mmHg	平均 mmHg	
肺動脈楔入圧	mmHg		右房圧	mmHg
心拍出量	L/min		心拍数	/分
測定方法	1.熱希釈法 2.Fick法			
肺血管抵抗	dyne/sec/cm ⁻⁵	WU	混合静脈血酸素分圧	mmHg または混合静脈血酸素飽和度 %
呼吸機能				
検査年月日	西暦	年	月	日
O ₂	L/min			
PaO ₂	Torr	PaCO ₂	Torr	
%VC	%	%FVC	%	
FEV ₁ %	%	%FEV ₁	%	
%DLco	%	%DLco/VA	%	
6分間歩行試験	1.実施 2.未実施 検査年月日 西暦 年 月 日		1.室内気吸入 2.酸素吸入 O ₂ L/min 歩行距離 m lowest SpO ₂ %	
心エコー				
検査年月日	西暦	年	月	日
所見	1.中隔の扁平化 2.右室拡大 3.三尖弁逆流 4.肺動脈弁逆流 推定三尖弁収縮期圧較差 mmHg TAPSE mm 下大静脈径 mm			

心電図													
検査年月日	西暦 年 月 日												
所見	1.右軸偏位 2.右房負荷 3.V1でR \geq 5m m 又はR/S \geq 1 4.V5でS \geq 7m m 又はR/S \leq 1 5.V1~3のT波陰転 6.心房粗細動												
BNP 及び尿酸値													
検査年月日	西暦 年 月 日												
BNP	pg/ml	尿酸値	mg/dl										
NT-proBNP	pg/ml												
■治療その他													
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										
PGI2 持続静注または皮下注療法													
治療有無	1.あり 2.なし												
薬品名		用量											
治療期間(自)	西暦 年 月 日	治療期間(至)	西暦 年 月 日										
経口PGI2 製剤													
治療有無	1.あり 2.なし												
薬品名		用量											
治療期間(自)	西暦 年 月 日	治療期間(至)	西暦 年 月 日										
エンドセリン受容体拮抗薬													
治療有無	1.あり 2.なし												
薬品名		用量											
治療期間(自)	西暦 年 月 日	治療期間(至)	西暦 年 月 日										
PDE-5 阻害薬													
治療有無	1.あり 2.なし												
薬品名		用量											
治療期間(自)	西暦 年 月 日	治療期間(至)	西暦 年 月 日										
可溶性グアニル酸シクラーゼ(sGC) 刺激薬													
治療有無	1.あり 2.なし												
薬品名		用量											
治療期間(自)	西暦 年 月 日	治療期間(至)	西暦 年 月 日										
抗凝固療法													
治療有無	1.あり 2.なし												
薬品名		用量											
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													
治療有無	1.あり 2.なし												
薬剤名		用量											
肺移植													
治療有無	1.あり 2.なし	実施年月	西暦 年 月										
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"> <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。