

臨床調査個人票 認定 不認定
087. 肺静脈閉塞症/肺毛細血管腫症
(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	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。

肺静脈閉塞症/肺毛細血管腫症の重症度分類					
以下の各項目のうち、該当するものにチェック☑					
NYHA分類	<input type="checkbox"/> I度	<input type="checkbox"/> II度	<input type="checkbox"/> III度	<input type="checkbox"/> IV度	
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

特記事項

■発症と経過

発病時の状況	
発症年月	西暦 年 月
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	血圧	収縮期 mmHg 拡張期 mmHg
自覚症状			
1. 咳 2. 痰 3. 労作時呼吸困難 4. 倦怠感(易疲労感) 5. 胸痛 6. 血痰 7. 喘鳴 8. 浮腫 9. 下肢の膨脹・疼痛 10. 失神 11. 嘔声 12. 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		
肺静脈閉塞症/肺毛細血管腫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 CTR()% 1. 左第2弓の突出 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		
胸部H R C T 画像			
検査年月日	西暦 年 月 日		
所見: 1. 小葉間隔壁の肥厚 2. 粒状影・索状影 3. 小葉中心性すりガラス陰影 4. 縦隔リンパ節腫大 5. 心のう液			
呼吸機能			
検査年月日	西暦 年 月 日		
室内気	1. 室内気吸入 2. 酸素吸入	O ₂	L/min
PaO ₂	Torr	PaCO ₂	Torr
%VC	%	%FVC	%
FEV ₁ %	%	%DLco	%
%FEV ₁	%	%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 %		

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 測定方法 1. 熱希釈法 2. Fick法		心拍数	/分										
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 %										
検査年月日	西暦	年	月	日										
血管拡張薬試験			選択的肺血管拡張薬 (ERA、PDE5 inhibitor、静注用PGI2) による肺うっ血/肺水腫の誘発											
			1. あり 2. なし 3. 未検査											
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 5. 推定三尖弁収縮期圧較差 mmHg 6. TAPSE mm 7. 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 5mm またはR/S \geq 1 4. V5でS \geq 7mm または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	NT-proBNP	pg/ml	尿酸値 mg/dl										
■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													
用法	薬品名		用量											
経口PGI2 製剤														
治療有無	1. あり 2. なし													
用法	薬品名		用量											
エンドセリン受容体拮抗薬														
治療有無	1. あり 2. なし													
用法	薬品名		用量											
PDE-5 阻害薬														
治療有無	1. あり 2. なし													
用法	薬品名		用量											
抗凝固療法														
治療有無	1. あり 2. なし													
用法	薬品名		用量											
その他薬剤														
治療有無	1. あり 2. なし													
薬剤名														
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。