

臨床調査個人票 認定 不認定  
091. バット・キアリ症候群(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		
生年月日等			
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。

重症度分類	<input type="checkbox"/> 重症度Ⅰ:診断可能だが、静脈瘤や門脈圧亢進症所見は認めない。 <input type="checkbox"/> 重症度Ⅱ:静脈瘤もしくは門脈圧亢進症所見を認めるものの、治療を要しない。 <input type="checkbox"/> 重症度Ⅲ:静脈瘤もしくは門脈圧亢進症所見を認め、治療を要する。 <input type="checkbox"/> 重症度Ⅳ:身体活動が制限され、介護も含めた治療を要する。 <input type="checkbox"/> 重症度Ⅴ:肝不全ないしは消化管出血を認め、集中治療を要する。
-------	--

特記事項	
------	--

経過	
経過の状態	1. 治癒 2. 軽快 3. 不変 4. 徐々に悪化 5. 急速に悪化 6. その他 (内容: )

発病時の状況	
発症年月	西暦 年 月
診断医療機関名	

病期分類	1. I期 (通常の身体活動が可能で、食道静脈瘤、腹水、出血傾向、下腿浮腫、下肢静脈瘤、慢性肝不全症状のいずれも認めない。) 2. II期 (通常の身体活動が可能で、食道静脈瘤を有するものの、易出血性所見はない。腹水、下腿浮腫、下肢静脈瘤を認めるが、内科的治療により制御可能である。出血傾向、慢性肝不全症状は認めない。) 3. III期 (内科的治療により制御が不良な腹水、下腿浮腫、下肢静脈瘤を認め、軽度の身体活動の制限が必要である。易出血性所見のある食道静脈瘤を認める。出血傾向、慢性肝不全症状は認めない。) 4. IV期 (出血性食道静脈瘤に対する緊急処置を要する。あるいは、出血傾向、慢性肝不全症状のため、身体活動の制限を要する。) 5. V期 (急性の発症を呈し、急性肝不全症状を認める。)
------	--

臨床所見 (6か月以内の状況)			
腹水	1. あり 2. なし	下腿浮腫、下肢静脈瘤	1. あり 2. なし
胸腹壁の上行性皮下静脈怒張	1. あり 2. なし	吐血、下血	1. あり 2. なし
貧血、出血傾向 (脾機能亢進)	1. あり 2. なし	黄疸、肝性脳症、全身倦怠感 (肝機能障害)	1. あり 2. なし

理学所見			
身長	cm	体重	kg
脈拍	回/分	体温	度
収縮期血圧	mmHg	拡張期血圧	mmHg

■検査所見

血液・生化学検査等 (6か月以内の状況)			
検査年月日	西暦 年 月 日		
赤血球	$\times 10^4/\mu\text{L}$	白血球	$/\mu\text{L}$
Hb	g/dL	血小板	$\times 10^4/\mu\text{L}$
PT (プロトロンビン時間)	%	INR	

血液・生化学検査等 続き (6か月以内の状況)													
Alb	g/dL	NH <sub>3</sub>	μg /dl										
ALT	IU/L	AST	IU/L										
γGT P	IU/L	ALP	IU/L										
総ビリルビン	mg/dL	直接ビリルビン	mg/dL										
HBs抗原	1. 陽性 2. 陰性 3. 不明	HCV抗体	1. 陽性 2. 陰性 3. 不明										
内視鏡検査													
検査年月日	西暦 年 月 日												
食道静脈瘤	1. あり 2. なし	F1 2 3	RCS 1. - 2. + 3. ++ 4. +++										
胃静脈瘤	1. あり 2. なし	F1 2 3	Lg 1. c 2. f 3. c f										
異所性静脈瘤	1. あり 2. なし	部位											
超音波又はCT又はMRI													
検査年月日	西暦 年 月 日												
肝腫大	1. あり 2. なし												
脾腫	1. あり 2. なし												
肝尾状葉の腫大	1. あり 2. なし												
肝内腫瘍性病変	1. あり 2. なし												
肝部下大静脈の逆流	1. あり 2. なし												
肝静脈の逆流	1. あり 2. なし												
門脈	1. 開存 2. 狭窄 3. 閉塞												
下大静脈	1. 開存 2. 狭窄 3. 閉塞												
肝静脈	1. 開存 2. 一枝閉塞 3. 二枝閉塞 4. 三枝閉塞												
閉塞・狭窄に関する治療													
施行日	西暦 年 月 日												
バルーンカテーテルによる開通術・拡張術	1. あり 2. なし												
ステント留置	1. あり 2. なし												
閉塞・狭窄に関する手術													
用指膜破砕術	1. あり 2. なし		閉塞部穿孔術 1. あり 2. なし										
閉塞狭窄部上下の大静脈シャント手術	1. あり 2. なし		肝移植術 1. あり 2. なし										
その他	1. あり 2. なし その他の内容												
食道・胃静脈瘤、脾機能亢進に対する治療													
施行日	西暦 年 月 日												
内視鏡的硬化療法	1. あり 2. なし												
内視鏡的結紮術	1. あり 2. なし												
手術	1. あり 2. なし 術式												
その他	1. あり 2. なし その他の内容												
対症療法													
施行日	西暦 年 月 日												
対症療法の有無	1. あり 2. なし 内容												
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	□自立 □部分介助 □全介助											
	車椅子とベッド間の移動	□自立 □軽度介助 □部分介助 □全介助											
	整容	□自立 □部分介助/不可能											
	トイレ動作	□自立 □部分介助 □全介助											
	入浴	□自立 □部分介助/不可能											
	歩行	□自立 □軽度介助 □部分介助 □全介助											
	階段昇降	□自立 □部分介助 □不能											
	着替え	□自立 □部分介助 □全介助											
	排便コントロール 排尿コントロール	□自立 □部分介助 □全介助											
医療機関名	指定医番号												
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></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。