

臨床調査個人票 認定 不認定
092. 特発性門脈圧亢進症(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	
該当するものにチェック☑	<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

発病時の状況	
発症年月	西暦 年 月
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:)

■臨床所見

脾腫(6か月以内の状況)	
検査年月日	西暦 年 月 日
1. あり 2. なし	最大長軸径 () mm x 直交する厚み () mm Spleen Index () cm ³
内視鏡検査(6か月以内のデータ)	
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
門脈圧亢進症状としての側副血行路の形成	
検査年月日	西暦 年 月 日
1. 傍臍静脈短絡 2. 脾腎(胃腎)短絡路 3. 腹壁静脈怒張 4. その他 5. なし 所見:	

■検査所見

血液・生化学検査等			
検査年月日	西暦 年 月 日	赤血球	×10 ⁴ /μL
白血球	/μL	Hb	g/dL
血小板	×10 ⁴ /μL	Ht	%
Alb	g/dL 基準値 ()	ALT	IU/L 基準値 ()
AST	IU/L 基準値 ()	γ-GTP	IU/L 基準値 ()
血管造影検査			
検査年月日	西暦 年 月 日		
検査法	1. 肝静脈カテーテル法 2. 肝静脈造影 3. 門脈造影 4. 門脈圧測定 5. その他 ()		
所見	1. 肝静脈相互間吻合 2. しだれ柳様所見 3. 肝静脈閉塞・狭窄 4. 肝外門脈閉塞 5. 肝静脈圧上昇 6. 門脈圧亢進 7. 副血行路 8. その他 () ≪肝静脈圧≫ 測定値 () 門脈圧亢進 測定値 () ≪その他の所見≫		

■治療その他

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 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 <hr style="width: 100%;"/>												
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。