

臨床調査個人票 認定 不認定
097. 潰瘍性大腸炎(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。

重症度分類において、中等症以上である	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 軽症 中等症 重症 劇症

■発症と経過

発病時の状況	
発症年月	西暦 年 月
生活歴・既往歴	喫煙 1. なし 2. 過去の喫煙 3. 現在の喫煙 4. 不明
	虫垂切除歴 1. なし 2. あり
家族歴 ※該当する箇所には <input type="checkbox"/> に✓すること	近親者の発症者の有無 潰瘍性大腸炎 家系内発生 1. あり [<input type="checkbox"/> 1親等(親・子) <input type="checkbox"/> 2親等(兄弟姉妹・祖父母・孫) <input type="checkbox"/> 3親等以上()] 2. なし 3. 不明
	クローン病 家系内発生 1. あり [<input type="checkbox"/> 1親等(親・子) <input type="checkbox"/> 2親等(兄弟姉妹・祖父母・孫) <input type="checkbox"/> 3親等以上()] 2. なし 3. 不明
合併症 (過去6ヶ月間の) ※該当する箇所には <input type="checkbox"/> に✓すること	腸管合併症の有無(複数選択可) 1. あり [<input type="checkbox"/> 大出血 <input type="checkbox"/> 穿孔 <input type="checkbox"/> 中毒性巨大結腸症 <input type="checkbox"/> 狭窄 <input type="checkbox"/> 癌・dysplasia <input type="checkbox"/> CMV感染 <input type="checkbox"/> C.difficile感染 <input type="checkbox"/> その他()] 2. なし 3. 不明
	腸管外合併症の有無 1. あり [<input type="checkbox"/> 関節病変 <input type="checkbox"/> 皮膚病変 <input type="checkbox"/> 眼病変 <input type="checkbox"/> 原発性硬化性胆管炎 <input type="checkbox"/> 自己免疫膵炎(<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II) <input type="checkbox"/> IgG4関連疾患 <input type="checkbox"/> 成長障害 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他] 2. なし 3. 不明
病態 ※該当する箇所には <input type="checkbox"/> に✓すること	臨床経過 <input type="checkbox"/> 初回発作 <input type="checkbox"/> 再燃緩解 <input type="checkbox"/> 慢性持続 <input type="checkbox"/> 急性電撃 <input type="checkbox"/> 不明 慢性持続の内容(<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 再燃) <input type="checkbox"/> なし
	過去1年の入院回数 合計()回
	過去1年の活動性 <input type="checkbox"/> あり(活動期間 <input type="checkbox"/> 1~3 <input type="checkbox"/> 4~6 <input type="checkbox"/> 7~9 <input type="checkbox"/> 10~12ヶ月) <input type="checkbox"/> なし
	術後 <input type="checkbox"/> 該当する [<input type="checkbox"/> 大腸全摘出 <input type="checkbox"/> 結腸(垂)全摘 <input type="checkbox"/> その他()] <input type="checkbox"/> 該当しない
過去1年の難治性 <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> ステロイド抵抗性 <input type="checkbox"/> ステロイド依存性 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> なし	
特記事項	

■臨床所見

理学所見			
身長	cm	体重	kg
脈拍	回/分	体温	度
罹患部位(過去6か月間の最重症時)			
年月日(診断時)	西暦 年 月 日		
病型分類	<input type="checkbox"/> 全大腸炎型(脾彎曲部をこえる) <input type="checkbox"/> 左側大腸炎型 <input type="checkbox"/> 直腸炎型 <input type="checkbox"/> 右側型(分節型)		
虫垂病変	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
上部消化管病変	<input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 12指腸 <input type="checkbox"/> 空腸 <input type="checkbox"/> 回腸) <input type="checkbox"/> なし		
臨床症状(過去6か月間の最重症時)			
排便回数	1. 6回/日以上 2. 5回/日 3. 4回/日以下		
便の性状	出血 1.(+++以上) 2.(++) 3.(+)~(-) (性状) 1.水様 2.泥状 3.軟便 4.有形		
腹部 自発痛	1.あり 2.なし		
発熱(37.5℃以上)	1.あり 2.なし		
頻脈(90/分以上)	1.あり 2.なし		
貧血(Hb10g/dl以下)	1.あり 2.なし		
赤沈(30mm/h以上)	1.あり 2.なし		
劇症の基準を	1.満たす 2.満たさない		
血液検査(過去6か月間の最重症時)			
検査実施	1.実施 2.未実施	検査年月日	西暦 年 月 日
白血球	/μL	総蛋白	g/dL
赤血球	×10 ⁴ /μL	アルブミン	g/dL
ヘモグロビン	g/dL	CRP	mg/dL
血小板	×10 ⁴ /μL	赤沈(1時間)	mm/hr

注腸X線造影検査(過去6か月間の最重症時)				
検査実施	1.実施 2.未実施	検査年月日	西暦 年 月 日	
連続性病変	1.あり 2.なし	ハウストラ消失	1.あり 2.なし	
粗糙又は細顆粒状粘膜	1.あり 2.なし	びらん・潰瘍	1.あり 2.なし	
偽ポリポーシス	1.あり 2.なし			
内視鏡検査(過去6か月間の最重症時)				
検査実施	1.実施 2.未実施	検査年月日	西暦 年 月 日	
連続性病変	1.あり 2.なし	血管透見像消失	1.あり 2.なし	
易出血性	1.あり 2.なし	粗糙又は細顆粒状粘膜	1.あり 2.なし	
びらん・潰瘍	1.あり 2.なし	偽ポリポーシス	1.あり 2.なし	
病理検査(過去6か月間の最重症時)				
検査実施	1.実施 2.未実施	検査年月日	西暦 年 月 日	
びまん性炎症性細胞浸潤	1.あり 2.なし	びらん	1.あり 2.なし	
陰窩膿瘍	1.あり 2.なし	杯細胞の減少又は消失	1.あり 2.なし	
腺の配列異常	1.あり 2.なし	異形成(dysplasia)・癌	1.あり 2.なし	
内科的治療				
内科的治療の実施有無	1.実施 2.未実施			
現在の治療	ステロイド 1.あり 2.なし 種類 1.内服 2.局所療法 3.点滴静注 5-ASA製剤 1.あり 2.なし 種類 1.内服 2.局所療法 免疫調節薬 1.あり 2.なし 種類 1.AZA 2.6-MP カルシニューリン阻害剤 1.あり 2.なし 種類 1.Tac 2.CyA 抗TNF α 抗体製剤 1.あり 2.なし IVH 1.あり 2.なし その他の治療 1.あり 2.なし			
薬剤による副作用 ※ありの場合は口に✓すること	1.あり 2.なし チオプリン無顆粒球症 □その他:) メサラジン不耐 (□アレルギー □その他:) TNF α 抗体製剤 (□infusion reaction □皮膚病変 □感染症 □その他:)			
血球成分除去療法	1.あり 2.なし			
外科的治療				
過去1年間で行った治療	1.あり 2.なし 腸管切除 回 肛門部手術回数 回			
手術理由	1.出血 2.巨大結腸症 3.癌 4.穿孔 5.重症 6.難治 7.腸管外合併症 8.その他			
手術日・術式	1回目:手術日 西暦 年 月 日 術式(1)1.大腸全摘 2.結腸(亜)全摘 3.残存直腸切除 4.その他() 術式(2)1.回腸囊肛門吻合 2.回腸囊肛門管吻合 3.回腸直腸吻合 4.その他() 術式(3)1.回腸人工肛門造設 2.回腸人工肛門閉鎖 3.その他() 2回目:手術日 西暦 年 月 日 術式(1)1.大腸全摘 2.結腸(亜)全摘 3.残存直腸切除 4.その他() 術式(2)1.回腸囊肛門吻合 2.回腸囊肛門管吻合 3.回腸直腸吻合 4.その他() 術式(3)1.回腸人工肛門造設 2.回腸人工肛門閉鎖 3.その他() 3回目:手術日 西暦 年 月 日 術式(1)1.大腸全摘 2.結腸(亜)全摘 3.残存直腸切除 4.その他() 術式(2)1.回腸囊肛門吻合 2.回腸囊肛門管吻合 3.回腸直腸吻合 4.その他() 術式(3)1.回腸人工肛門造設 2.回腸人工肛門閉鎖 3.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	<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			
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。