

043 顕微鏡的多発血管炎

■ 患者情報

保険情報	保険者番号		被保険者記号	
	被保険者番号		被保険者 個人単位枝番	
	資格取得 年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	*以降、数字は 右詰めで記入
氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
以前の登録氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
住所	郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	都道府県			
	市区町村			
	丁目番地等			
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性			
出生地	都道府県			
	市区町村			

■ 基本情報

家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明						
	発症者続柄						
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性) <input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方) <input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ <input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入						
	続柄						
発症時期	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月
社会保障							
介護認定	<input type="checkbox"/> 1. 要介護 <input type="checkbox"/> 2. 要支援 <input type="checkbox"/> 3. なし						
要介護度	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		
生活状況							
移動の程度	<input type="checkbox"/> 1. 歩き回るのに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 寝たきりである						
身の回りの管理	<input type="checkbox"/> 1. 洗面や着替えに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 自分でできない						
ふだんの活動	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 行うことができない						
痛み／不快感	<input type="checkbox"/> 1. ない <input type="checkbox"/> 2. 中程度ある <input type="checkbox"/> 3. ひどい						
不安／ふさぎ込み	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. 中程度 <input type="checkbox"/> 3. ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる						
手帳取得状況							
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり (等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級)						
療育手帳	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり						
精神障害者 保健福祉手帳 (障害者手帳)	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり (等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級)						
人工呼吸器等装着者認定基準に該当							
<input type="checkbox"/> 1. する <input type="checkbox"/> 2. しない <input type="checkbox"/> 3. 不明							

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> Definite(a) : 以下の主要症候の 2 項目以上と以下の検査所見の 1. が陽性 <input type="checkbox"/> Definite(b) : 以下の主要症候の 1. と 2. を含めた 2 項目以上と以下の検査所見の 2. が陽性 <input type="checkbox"/> Probable(a) : 以下の主要症候の 3 項目を満たす <input type="checkbox"/> Probable(b) : 以下の主要症候の 1 項目以上と以下の検査所見の 2. が陽性 <input type="checkbox"/> いずれにも該当しない
主要症候 <input type="checkbox"/> 1. 急速進行性糸球体腎炎 <input type="checkbox"/> 2. 肺出血 もしくは 間質性肺炎 <input type="checkbox"/> 3. 腎・肺以外の臓器症状 <input type="checkbox"/> 紫斑 <input type="checkbox"/> 皮下出血 <input type="checkbox"/> 消化管出血 <input type="checkbox"/> 多発性単神経炎 <input type="checkbox"/> その他
検査所見 <input type="checkbox"/> 1. 細動脈・毛細血管・後毛細血管細静脈の壊死、血管周囲の炎症性細胞浸潤 <input type="checkbox"/> 2. MPO-ANCA 陽性

A. 検査所見

病理組織検査 (新規)			
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施		
	実施日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
生検部位	<input type="checkbox"/> 1. 腎 <input type="checkbox"/> 2. その他		
	その他の内容		
腎糸球体における半月体形成	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
主たる組織像	細動脈・毛細血管・後毛細血管細静脈の壊死	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	血管周囲の炎症性細胞浸潤	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	その他		

B. 鑑別診断（新規）

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。 除外できた疾病には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可	<input type="checkbox"/> 2. 除外不可	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 1. 結節性多発動脈炎	<input type="checkbox"/> 2. 多発血管炎性肉芽腫症	<input type="checkbox"/> 3. 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症	
<input type="checkbox"/> 4. 膠原病（SLE、RA など）	<input type="checkbox"/> 5. IgA 血管炎	<input type="checkbox"/> 6. 抗糸球体基底膜腎炎	

■ 重症度分類に関する事項

1) 顕微鏡的多発血管炎による以下のいずれかの臓器障害を有する。		<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
臓器	障害の内容		
腎臓	<input type="checkbox"/> ①又は②を満たす場合 ① CKD 重症度分類ヒートマップの赤色に該当 ② いずれの腎機能であっても尿蛋白 0.5g/日以上又は 0.5g/gCr 以上		
肺	<input type="checkbox"/> 特発性間質性肺炎の重症度分類で III 度以上に該当、又は肺胞出血		
心臓	<input type="checkbox"/> NYHA2 度以上の心不全徴候		
眼	<input type="checkbox"/> 良好な方の眼の矯正視力が 0.3 未満		
耳	<input type="checkbox"/> 両耳の聴力レベルが 70 デシベル以上、又は一側耳の聴力が 90 デシベル以上かつ他側耳の聴力レベルが 50 デシベル以上の聴力障害 <input type="checkbox"/> 平衡機能の著しい障害又は極めて著しい障害		
腸管	<input type="checkbox"/> 腸管梗塞、消化管出血		
皮膚・軟部組織	<input type="checkbox"/> 四肢の梗塞・潰瘍・壊疽、又はそれらによる四肢の欠損・切断（部位は問わない）		
神経	<input type="checkbox"/> 脳血管障害により、modified Rankin Scale で 3 以上 <input type="checkbox"/> 末梢神経障害により、徒手筋力テストで筋力 3 以下 <input type="checkbox"/> 末梢神経障害による 2 肢以上の知覚異常 <input type="checkbox"/> 肥厚性硬膜炎		
2) 血管炎の治療に伴う以下のいずれかの合併症を有し、かつ入院治療を必要とする		<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
合併症			
<input type="checkbox"/> 1. 感染症	<input type="checkbox"/> 2. 圧迫骨折	<input type="checkbox"/> 3. 骨壊死	
<input type="checkbox"/> 4. 消化性潰瘍	<input type="checkbox"/> 5. 糖尿病	<input type="checkbox"/> 6. 白内障	
<input type="checkbox"/> 7. 緑内障	<input type="checkbox"/> 8. 精神症状		

—障害臓器に関連する項目のみ記載—

CKD 重症度分類ヒートマップ *小数点も1文字として記入し、以降の数値ボックスについては全て同様に記載する

CKD 重症度分類ヒートマップ	<input type="checkbox"/> 緑	<input type="checkbox"/> 黄	<input type="checkbox"/> オレンジ	<input type="checkbox"/> 赤
①GFR 区分 (mL/分/1.73 m ²)	<input type="checkbox"/> G1 (正常または高値: ≥90) <input type="checkbox"/> G2 (正常または軽度低下: 60~89) <input type="checkbox"/> G3a (軽度~中等度低下: 45~59) <input type="checkbox"/> G3b (中等度~高度低下: 30~44) <input type="checkbox"/> G4 (高度低下: 15~29) <input type="checkbox"/> G5 (末期腎不全 (ESKD): <15)			
②蛋白尿区分 尿蛋白定量 (g/日) あるいは 尿蛋白/Cr 比 (g/gCr)	<input type="checkbox"/> A1 (正常 0.15 未満) <input type="checkbox"/> A2 (軽度蛋白尿 0.15~0.49) <input type="checkbox"/> A3 (高度蛋白尿 0.50 以上)			
GFR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
尿蛋白定量	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
尿蛋白 Cr 比	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

特発性間質性肺炎の重症度分類

重症度分類	安静時動脈血酸素分圧	6分間歩行時 最低SpO ₂
<input type="checkbox"/> I	80Torr 以上	90%未満の場合はⅢにする
<input type="checkbox"/> II	70Torr 以上 80Torr 未満	90%未満の場合はⅢにする
<input type="checkbox"/> III	60Torr 以上 70Torr 未満	90%未満の場合はⅣにする (危険な場合は測定不要)
<input type="checkbox"/> IV	60Torr 未満	測定不要
PaO ₂ (室内気・安静時)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Torr	%

NYHA 分類

<input type="checkbox"/> I 度	心疾患はあるが身体活動に制限はない。日常的な身体活動では疲労、動悸、呼吸困難、失神あるいは狭心痛 (胸痛) を生じない
<input type="checkbox"/> II 度	軽度から中等度の身体活動の制限がある。安静時または軽労作時には無症状。日常労作のうち、比較的強い労作 (例えば、階段上昇、坂道歩行など) で疲労、動悸、呼吸困難、失神あるいは狭心痛 (胸痛) を生ずる
<input type="checkbox"/> III 度	高度の身体活動の制限がある。安静時には無症状。日常労作のうち、軽労作 (例えば、平地歩行など) で疲労、動悸、呼吸困難、失神あるいは狭心痛 (胸痛) を生ずる
<input type="checkbox"/> IV 度	心疾患のためいかなる身体活動も制限される。心不全症状や狭心痛 (胸痛) が安静時にも存在する。わずかな身体活動でこれらが増悪する

視力および聴力障害

視力				
矯正視力	右		左	
聴力				
右	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	dBHL
			左	<input type="text"/>
				dBHL

平衡機能障害

<input type="checkbox"/> 平衡機能の極めて著しい障害 (3 級)
<input type="checkbox"/> 平衡機能の著しい障害 (5 級)
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない

modified Rankin Scale (mRS)

<input type="checkbox"/> 0. まったく症候がない
<input type="checkbox"/> 1. 症候はあっても明らかな障害はない (日常の勤めや活動は行える)
<input type="checkbox"/> 2. 軽度の障害 (発症以前の活動がすべて行えるわけではないが、自分の身の回りのことは介助なしに行える)
<input type="checkbox"/> 3. 中等度の障害 (何らかの介助を必要とするが、歩行は介助なしに行える)
<input type="checkbox"/> 4. 中等度から重度の障害 (歩行や身体的要求には介助が必要である)
<input type="checkbox"/> 5. 重度の障害 (寝たきり、失禁状態、常に介護と見守りを必要とする)

徒手筋力テスト

<input type="checkbox"/> 0: 筋肉の収縮が観察できない
<input type="checkbox"/> 1: 筋肉の収縮は観察できるが関節運動ができない
<input type="checkbox"/> 2: 運動可能であるが重力に抗した動きはできない
<input type="checkbox"/> 3: 重力に抗した運動が可能だが極めて弱い
<input type="checkbox"/> 4: 3 と 5 の中間。重力に抗した運動が可能で中等度の筋力低下
<input type="checkbox"/> 5: 正常筋力

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など *500 文字以内

--

■ その他の事項

発症と経過 (更新)

最近1年間の変化	<input type="checkbox"/> 1. 原疾患は活動性なく経過し免疫抑制療法等の維持または減量を行った。 <input type="checkbox"/> 2. 原疾患に対し外来で免疫抑制療法を強化した。 <input type="checkbox"/> 3. 原疾患に対し入院で免疫抑制療法を強化した。 <input type="checkbox"/> 4. 合併症のため入院した。 <input type="checkbox"/> 5. その他
----------	--

主要所見

(血管炎に起因する所見がある場合に☑する。新規申請時は全経過、更新時は最近1年の最重症時の状態を記入)

	最重症時 (更新)	発症から の全経過 (新規)		最重症時 (更新)	発症から の全経過 (新規)
1. 全身症状					
筋痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	関節痛/関節炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38度以上の発熱 (2週間以上)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	体重減少 (前回評価時 または4週間より2kg 以上減少)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 皮膚症状					
梗塞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	紫斑	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
潰瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	壊疽	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
皮下出血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	他の皮膚症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 粘膜・眼症状					
口腔内潰瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	陰部潰瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
付属器炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	眼球突出	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
上強膜炎/強膜炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	結膜炎/眼瞼炎/ 角膜炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
霧視	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ぶどう膜炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
突然の視力障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	網膜病変 (血管炎/ 血栓症/滲出物/出血)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 耳鼻咽喉部症状					
鼻出血/鼻腔内痂皮/ 潰瘍/肉芽腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	副鼻腔病変	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
声門下狭窄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	伝音性難聴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
感音性難聴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	中耳炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. 呼吸器症状					
喘鳴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	浸潤影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胸水／胸膜炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	気管内病変 (腫瘍、潰瘍)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
喀血／肺出血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	人工換気が必要な 呼吸不全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
間質性肺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	結節／空洞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 心血管症状					
脈拍欠損	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	心弁膜症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心外膜炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	虚血性の胸痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心筋症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	うっ血性心不全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 腹部症状					
腹膜炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	血性下痢／消化管出血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
虚血による腹痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8. 腎症状					
尿蛋白 >1+または0.2g/24時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	血尿 >2 または>10RBC/視野	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高血圧 (拡張期>95mmHg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
急速に進行する腎不全 (4週間以内に血清クレアチニン値30%以上の増加、またはCCr25%以上の低下)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 神経症状					
頭痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	髄膜炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
器質性病変に基づく 認知障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	痙攣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
卒中発作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肥厚性硬膜炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脊髄病変 (横断性脊髄炎)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	脳神経麻痺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
多発性単神経炎(知覚)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	多発性単神経炎(運動)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
最重症時の所見は4週間以上持続する活動性病変のみである			<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ	
その他の活動性病変	<input type="checkbox"/> 1. あり		<input type="checkbox"/> 2. なし		<input type="checkbox"/> 3. 不明
	内容				

検査所見（新規申請時は全経過、更新時は最近1年の最重症時の状態を記入）

尿検査	
病的蛋白尿の持続	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	尿蛋白定性 <input type="checkbox"/> 1) + <input type="checkbox"/> 2) 2+ <input type="checkbox"/> 3) 3+
血尿	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	尿潜血定性 <input type="checkbox"/> 1) + <input type="checkbox"/> 2) 2+ <input type="checkbox"/> 3) 3+
	沈渣：赤血球 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /HPF
細胞性円柱	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	種類 <input type="checkbox"/> 1. 赤血球円柱 <input type="checkbox"/> 2. 白血球円柱 <input type="checkbox"/> 3. 顆粒円柱
血液検査	
CRP 上昇	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	検査値 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
クレアチニン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
MPO-ANCA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/mL
	基準値 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/mL
	結果 <input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 不明
PR3-ANCA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/mL
	基準値 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/mL
	結果 <input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 不明
画像診断	
胸部画像検査	<input type="checkbox"/> 1. 胸部単純撮影 <input type="checkbox"/> 2. 胸部 CT
胸部画像所見	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	内容 <input type="checkbox"/> 1. 間質性肺炎 <input type="checkbox"/> 2. 浸潤陰影（肺泡出血） <input type="checkbox"/> 3. 結節状陰影 <input type="checkbox"/> 4. その他

治療その他（最近1年間の治療を記入）

薬物療法		
副腎皮質 ステロイド	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	プレドニゾロン換算最大量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
ステロイド パルス療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
免疫抑制薬・ 生物学的製剤 など (複数選択可)	経口シクロホスファミド	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	静注シクロホスファミド	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	リツキシマブ	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	アバコパン	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	アザチオプリン	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	メトトレキサート	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	ミコフェノール酸モフェチル	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	その他の薬剤1 (右欄に記載)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	その他の薬剤2 (右欄に記載)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
血漿交換療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
血液透析	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
その他の治療法 (手術など)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	治療法	

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

使用の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり		
開始時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月		
離脱の見込み	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
種類	<input type="checkbox"/> 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器		
施行状況	<input type="checkbox"/> 1. 間欠的施行 <input type="checkbox"/> 2. 夜間に継続的に施行 <input type="checkbox"/> 3. 一日中施行 <input type="checkbox"/> 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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
医療機関所在地												
電話番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	*ハイフンを除き、左詰めで記入
医師の氏名												
記載年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日
診断年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日

- ・病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、診断基準上に特段の規定がない場合には、いずれの時期のものを用いても差し支えありません。(ただし、当該疾病の経過を示す臨床症状等であって、確認可能なものに限りです。)
- ・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。
- ・診断基準、重症度分類については、
「指定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。
- ・診断年月日欄には、本臨床調査個人票に記載された内容を診断した日を記載してください。
- ・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。

■ 行政記載欄

担当自治体				
受理日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	
公費負担者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
認定結果	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 不認定			
研究同意の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
有効期限	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	
階層区分	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 上位所得 <input type="checkbox"/> その他			
軽症者登録	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
保険情報	保険者番号	<input type="text"/>	被保険者記号	<input type="text"/>
	被保険者番号	<input type="text"/>	被保険者 個人単位枝番	<input type="text"/>
	資格取得 年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日