

臨床調査個人票

(1. 新規)

[illegible]

21 アミロイドーシス 臨床調査個人票

(2. 更新)

ふりがな			性別	1. 男 2. 女	生 年 月 日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成	年 月 日生 (満 歳)
氏 名							
住 所	郵便番号				出 生 都 道 府 県	発病時在住 都 道 府 県	
	電話 ()						
発 病 年 月	1. 昭和 2. 平成	年 月 (満 歳)	初 診 年 月 日	1. 昭和 2. 平成	年 月 日	保 険 種 別	1. 政 2. 組 3. 船 4. 共 5. 国 6. 老
身体障害者 手 帳	1. あり (等級____級) 2. なし		介 護 認 定	1. 要介護 (要介護度____) 2. 要支援 3. なし			
生 活 状 況	社会活動 (1. 就労 2. 就学 3. 家事労働 4. 在宅療養 5. 入院 6. 入所 7. その他 (____)) 日常生活 (1. 正常 2. やや不自由であるが独力で可能 3. 制限があり部分介助 4. 全面介助)						初回認定年月
							1. 昭和 2. 平成
受 診 状 況 (最近 1 年)	1. 主に入院 2. 入院と通院半々 3. 主に通院 (____/月) 4. 往診あり 5. 入通院なし 6. その他 ()						
治療と経過 (前回申請からの変化を中心に具体的に記述)							
【WISH 入力不要】							
免疫グロブリン性、及び老人性 T T R アミロイドーシス				家族性アミロイドーシス			
症 状 及 び 所 見	現 在			症 状 及 び 所 見	現 在		
	平成 年 月				平成 年 月		
1. 症状				1. 感覚障害			
(1) 全身衰弱	1. あり 2. なし 3. 不明			(1) 温痛覚障害	1. あり 2. なし 3. 不明		
(2) 体重減少	1. あり 2. なし 3. 不明			(2) 振動覚、位置覚の障害	1. あり 2. なし 3. 不明		
(3) 貧 血	1. あり 2. なし 3. 不明			2. 運動障害			
(4) 浮 腫	1. あり 2. なし 3. 不明			(1) 筋萎縮	1. あり 2. なし 3. 不明		
(5) 呼吸困難	1. あり 2. なし 3. 不明			(2) 筋力低下	1. あり 2. なし 3. 不明		
(6) 胸 痛	1. あり 2. なし 3. 不明			3. 自律神経系の障害			
(7) 胃腸障害等 (特に頑固な下痢)	1. あり 2. なし 3. 不明			(1) 陰萎 (男性)	1. あり 2. なし 3. 不明		
(8) 紫 斑	1. あり 2. なし 3. 不明			(2) 胃腸症状			
2. 心電図異常				ア 便秘と下痢の交代	1. あり 2. なし 3. 不明		
(1) 低電位差	1. あり 2. なし 3. 不明			イ 不定な腹痛	1. あり 2. なし 3. 不明		
(2) その他	1. あり 2. なし 3. 不明			ウ 腹部重圧感	1. あり 2. なし 3. 不明		
3. 心エコー異常	1. あり 2. なし 3. 不明			(3) 起立性低血圧	1. あり 2. なし 3. 不明		
4. 蛋白尿・腎機能障害	1. あり 2. なし 3. 不明			(4) 皮膚症状			
5. 肝腫大	1. あり 2. なし 3. 不明			ア 皮膚栄養障害	1. あり 2. なし 3. 不明		
6. 脾 腫	1. あり 2. なし 3. 不明			イ 発汗異常	1. あり 2. なし 3. 不明		
7. リンパ節腫大	1. あり 2. なし 3. 不明			ウ 難治性潰瘍	1. あり 2. なし 3. 不明		
8. 巨 舌	1. あり 2. なし 3. 不明			(5) 膀胱障害			
9. 四肢の関節腫大	1. あり 2. なし 3. 不明			ア 排尿障害	1. あり 2. なし 3. 不明		
10. 多発性ニューロパチー	1. あり 2. なし 3. 不明			イ 尿失禁	1. あり 2. なし 3. 不明		
11. 手根管症候群	1. あり 2. なし 3. 不明			4. 心障害 (伝導障害、心不全)	1. あり 2. なし 3. 不明		
12. 皮膚の強皮症様肥厚	1. あり 2. なし 3. 不明			5. 眼障害 (硝子体混濁その他)	1. あり 2. なし 3. 不明		
13. 免疫グロブリンの異常	1. あり 2. なし 3. 不明			6. 腎障害	1. あり 2. なし 3. 不明		
14. ベンス・ジヨーンズ蛋白	1. あり 2. なし 3. 不明			7. 体重減少	1. あり 2. なし 3. 不明		
医療上の問題点							
【WISH 入力不要】							
医療機関名							
医療機関所在地							
電話番号 ()							
医師の氏名							
印 記載年月日：平成 年 月 日							