

25 ウェゲナー肉芽腫症 臨床調査個人票

(1. 新規)

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)
住所	郵便番号		電話 ( )		出生都道府県	発病時在住都道府県		
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)							
家族歴	1. あり 2. なし 3. 不明		受診状況	1. 主に入院 2. 入院と通院半々 3. 主に通院 (____/月) ありの場合 (続柄 ) 4. 往診あり 5. 入通院なし 6. その他 ( )				
発症と経過 (具体的に記述)								
【WISH入力不要】								
診断	1. 確実 2. 疑い		診断根拠	1. 臨床的 2. 病学的 3. 両者加味して				
			診断年月	平成 年 月				
病理組織学的所見	病学的検査の有無		1. あり (検査年月 平成 年 月) 2. なし 3. 不明 *病理組織検査がされている場合は、検査報告のコピーを添付してください。					
	生検を行った部位		1. 皮膚 2. 皮下結節 3. 筋 4. 滑膜 5. 鼻・副鼻腔 6. 腎 7. 肝 8. 肺 9. その他 ( )					
	主たる組織像		(1)巨細胞を伴う壊死性肉芽腫性炎 (1. あり 2. なし) (2)壊死性半月体形成腎炎 (1. あり 2. なし) (3)壊死性肉芽腫性血管炎 (1. あり 2. なし) (4)その他 (1. あり ( ) 2. なし)					
主要臓器障害			1. 鼻・耳・眼 2. 肺 3. 腎臓 4. 神経系 5. 消化器系 6. その他 ( )					
<b>臨床症状</b> (経過中陽性を示した臨床症状)								
<b>全身症状</b>			<b>腎症状</b>			<b>精神神経症状</b>		
発熱 38℃以上が2週以上継続			慢性腎不全			意識障害		
体重減少 6か月間で6kg以上減少			急速に進行する腎不全			痙攣発作		
高血圧 収縮期160mmHg以上			浮腫			脳出血		
及び拡張期95mmHg以上			皮下結節			脳梗塞		
			皮膚紅斑			脳神経症状 (視神経除く) (具体的に)		
<b>関節・筋症状</b>			丘疹			無菌性髄膜炎		
関節痛 (炎)			紫斑, 出血斑			運動障害を伴う		
筋肉痛 (炎)			潰瘍			多発性単神経炎		
筋萎縮			梗塞 (含爪床部)			運動障害を伴わない		
筋力低下			指趾壊疽			多発性単神経炎		
			リベドー			精神症状		
<b>眼症状</b>			<b>鼻・耳症状</b>			<b>臓器梗塞</b>		
眼痛			鼻出血			腎梗塞		
上強膜炎			鼻閉塞			肝梗塞		
失明・視力低下			膿性鼻漏			脾梗塞		
眼窩腫瘍			鼻中隔穿孔			膵梗塞		
眼球突出			鞍鼻			腸梗塞		
			副鼻腔炎					
<b>呼吸器症状</b>			慢性鼻炎			<b>口腔・咽頭症状</b>		
咳嗽・呼吸困難			中耳炎			潰瘍		
喀血・血痰						嗆声		
喘息						気道閉塞		
胸膜炎								
肺炎								
肺梗塞								
肺線維症								
肺高血圧症								
X線写真にて								
結節状索状陰影			<b>消化器症状</b>			<b>ANCA</b>		
PaO2 70Torr以下			吐血			PR3-ANCA 陽性 (基準値 ) ( )		
			下血			C-ANCA 陽性 (基準値 ) ( )		
<b>心症状</b>			腹膜炎			MPO-ANCA 陽性 (基準値 ) ( )		
心肥大			イレウス			P-ANCA 陽性 (基準値 ) ( )		
心嚢炎								
狭心症								
心筋梗塞								
心伝導障害								
NYHA 2° 以上								

検査所見 (6か月以内のもの)		平成	年	月
赤沈 _____ mm /60 分 赤血球数 _____ ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> 白血球数 _____ /mm <sup>3</sup> 血小板数 _____ ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> 好酸球数 _____ /mm <sup>3</sup> ヘモグロビン _____ g/dl ヘマトクリット _____ % 総蛋白 _____ g/dl 尿素窒素 _____ mg/dl クレアチニン _____ mg/dl LDH _____ IU/l CK _____ IU/l	CRP _____ mg/dl RA _____ IU/ml γグロブリン _____ g/dl IgE _____ IU/ml HBs 抗原 1. 陽性 (方法 _____) 2. 陰性 3. 不明 HCV 抗体 1. 陽性 (方法 _____) 2. 陰性 3. 不明 尿蛋白 1. あり 2. なし 3. 不明 尿円柱 赤血球増多 1. あり 2. なし 3. 不明 顆粒円柱 1. あり 2. なし 3. 不明 便潜血 1. あり 2. なし 3. 不明			
鑑別診断 (以下の疾患を鑑別をすること。)				
① 上気道、肺の他の原因による肉芽腫性疾患 (サルコイドーシスなど)		1. 鑑別できる	2. 鑑別できない	
② 他の血管炎症候群 (顕微鏡的PN、アレルギー性肉芽腫性血管炎 (Churg- Strauss 症候群))		1. 鑑別できる	2. 鑑別できない	
③ 悪性リンパ腫		1. 鑑別できる	2. 鑑別できない	
治療状況 (今後6か月の予定の治療も含めて記入) 1. 主に薬物療法 2. 薬物+外科的治療 3. 外科的治療				
治療	薬物	①ステロイド剤	1. パルス 2. 経口のみ (副腎皮質ステロイドの場合: プレドニン換算最大投与量 _____ mg/日)	
		②免疫抑制剤	1. シクロホスファミド 2. アザチオプリン 3. その他 ( _____ ) (シクロホスファミドの場合: 投与方法 _____ 投与量 _____ mg/日)	
		③その他	( _____ )	
		④薬物治療なし		
	外科的手術	1. あり 部位 ( _____ )	2. なし	
	血漿交換	1. あり	2. なし	
	血液透析	1. あり	2. なし	
(重症度分類: 認定基準参照) 1. 1度 2. 2度 3. 3度 4. 4度 5. 5度		1年間の原疾患および合併症による入院回数: _____ 回		
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				
(軽快者の症状が悪化した場合のみ記載)				
症状が悪化したことを医師が確認した年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日				
特定疾患登録者証交付年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日				

## 25 ウェゲナー肉芽腫症 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		発病時在住		
	電話 ( )			都 道 府 県		都 道 府 県		
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 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 (____))						初回認定年月	
	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)						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】

診 断	1. 確 実 2. 疑 い	診 断 根 拠	1. 臨床的 2. 病理学的 3. 両者加味して	
		診 断 年 月	平成 年 月	
病 理 組 織 学 的 所 見	病理学的検査の有無	1. あり (検査年月 平成 年 月) 2. なし 3. 不明 *病理組織検査がされている場合は、検査報告のコピーを添付してください。		
	生 検 を 行 っ た 部 位	1. 皮膚 2. 皮下結節 3. 筋 4. 滑膜 5. 鼻・副鼻腔 6. 腎 7. 肝 8. 肺 9. その他 ( )		
	主 たる 組 織 像	(1) 巨細胞を伴う壊死性肉芽腫性炎 (1. あり 2. なし) (2) 壊死性半月体形成腎炎 (1. あり 2. なし) (3) 壊死性肉芽腫性血管炎 (1. あり 2. なし) (4) その他 (1. あり ( ) 2. なし)		
主要臓器障害	1. 鼻・耳・眼 2. 肺 3. 腎臓 4. 神経系 5. 消化器系 6. その他 ( )			

臨床症状 (最近1年以内に示した臨床症状)

<b>全身症状</b> 発熱 38℃以上が2週以上継続 体重減少 6か月間で6kg以上減少 高血圧 収縮期160mmHg以上 及び拡張期95mmHg以上	1. あり 2. なし 3. 不明 1. あり 2. なし 3. 不明 1. あり 2. なし 3. 不明	<b>腎症状</b> 慢性腎不全 急速に進行する腎不全 浮腫	1. あり 2. なし 3. 不明 1. あり 2. なし 3. 不明 1. あり 2. なし 3. 不明	<b>精神神経症状</b> 意識障害 痙攣発作 脳出血 脳梗塞 脳神経症状 (視神経除く) (具体的に ) 無菌性髄膜炎 運動障害を伴う 多発性単神経炎 運動障害を伴わない 多発性単神経炎 精神症状	1. あり 2. なし 3. 不明 1. あり 2. なし 3. 不明
<b>関節・筋症状</b> 関節痛 (炎) 筋肉痛 (炎) 筋萎縮 筋力低下	1. あり 2. なし 3. 不明 1. あり 2. なし 3. 不明 1. あり 2. なし 3. 不明 1. あり 2. なし 3. 不明	<b>皮膚症状</b> 皮下結節 皮膚紅斑 丘疹 紫斑, 出血斑 潰瘍 梗塞 (含爪床部) 指趾壊疽 リベドー	1. あり 2. なし 3. 不明 1. あり 2. なし 3. 不明	<b>臓器梗塞</b> 腎梗塞 肝梗塞 脾梗塞 膵梗塞 腸梗塞	1. あり 2. なし 3. 不明 1. あり 2. なし 3. 不明
<b>眼症状</b> 眼 痛 上強膜炎 失明・視力低下 眼窩腫瘍 眼球突出	1. あり 2. なし 3. 不明 1. あり 2. なし 3. 不明	<b>鼻・耳症状</b> 鼻出血 鼻閉塞 膿性鼻漏 鼻中隔穿孔 鞍鼻 副鼻腔炎 慢性鼻炎 中耳炎	1. あり 2. なし 3. 不明 1. あり 2. なし 3. 不明	<b>口腔・咽頭症状</b> 潰瘍 嗄声 気道閉塞	1. あり 2. なし 3. 不明 1. あり 2. なし 3. 不明 1. あり 2. なし 3. 不明
<b>呼吸器症状</b> 咳嗽・呼吸困難 咯血・血痰 喘 息 胸膜炎 肺 炎 肺梗塞 肺線維症 肺高血圧症 X線写真にて 結節状索状陰影 PaO2 70Torr以下	1. あり 2. なし 3. 不明 1. あり 2. なし 3. 不明	<b>消化器症状</b> 吐血 下血 腹膜炎 イレウス	1. あり 2. なし 3. 不明 1. あり 2. なし 3. 不明 1. あり 2. なし 3. 不明 1. あり 2. なし 3. 不明	<b>ANCA</b> PR3-ANCA 陽性 (基準値 ) ( ) C-ANCA 陽性 (基準値 ) ( ) MPO-ANCA 陽性 (基準値 ) ( ) P-ANCA 陽性 (基準値 ) ( )	1. あり 2. なし 3. 不明 1. あり 2. なし 3. 不明
<b>心症状</b> 心肥大 心嚢炎 狭心症 心筋梗塞 心伝導障害 NYHA 2° 以上	1. あり 2. なし 3. 不明 1. あり 2. なし 3. 不明				

検査所見 (最近1年以内の状況)		平成	年	月	
赤沈	_____ mm /60 分	尿蛋白	1. あり	2. なし	3. 不明
赤血球数	_____ ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>	尿円柱			
白血球数	_____ /mm <sup>3</sup>	赤血球増多	1. あり	2. なし	3. 不明
血小板数	_____ ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>	顆粒円柱	1. あり	2. なし	3. 不明
好酸球数	_____ /mm <sup>3</sup>	便潜血	1. あり	2. なし	3. 不明
ヘモグロビン	_____ g/dl				
ヘマトクリット	_____ %				
総蛋白	_____ g/dl				
尿素窒素	_____ mg/dl				
クレアチニン	_____ mg/dl				
CK	_____ IU/l				
治療状況 (最近1年以内の状況)		1. 主に薬物療法    2. 薬物+外科的治療    3. 外科的治療			
治療	薬物	①ステロイド剤	1. パルス    2. 経口のみ (副腎皮質ステロイドの場合：プレドニン換算最大投与量 _____ mg/日)		
		②免疫抑制剤	1. シクロホスファミド    2. アザチオプリン    3. その他 ( _____ ) (シクロホスファミドの場合：投与方法 _____ 投与量 _____ mg/日)		
		③その他	( _____ )		
		④薬物治療なし			
	外科的手術	1. あり	部位 ( _____ )	2. なし	
	血漿交換	1. あり		2. なし	
	血液透析	1. あり		2. なし	
(重症度分類：認定基準参照) 1. 1度    2. 2度    3. 3度    4. 4度    5. 5度		1年間の原疾患および合併症による入院回数： _____ 回			
(転帰) 1. 寛解    2. 改善    3. 不変    4. 再燃・悪化    5. 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		記載年月日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
印					