



検査所見	1)生検	1.あり(検査:平成 年 月 日)(サルコイド肉芽腫(1.あり 2.なし 3.不明)) 所見( )	2.未検
	2)培養(組織, 喀痰)	1.あり(検査:平成 年 月 日) 抗酸菌(1.陽性 2.陰性)	2.未検
	3)ツベルクリン反応	1.陰性 2.陽性 3.強陽性 4.不明 (検査:平成 年 月 日) ( mm × mm )	
	4)血清アンジオテンシン変換酵素(ACE)上昇(基準値: )	1.あり(検査:平成 年 月 日) 2.なし 3.不明 ( )	
	5)高γグロブリン血症(基準値: )	1.あり(検査:平成 年 月 日) 2.なし 3.不明 ( )	
	6)高カルシウム血症(基準値: )	1.あり(検査:平成 年 月 日) 2.なし 3.不明 ( )	
	7)高カルシウム尿症(基準値: )	1.あり(検査:平成 年 月 日) 2.なし 3.不明 ( )	
	8) <sup>67</sup> Ga 集積陽性像	1.あり(検査:平成 年 月 日) 2.なし 3.不明 (所見: )	
	9)気管支肺胞洗浄液異常(総細胞数増加・CD4/8比上昇等)	1.あり(検査:平成 年 月 日) 2.なし 3.不明 (所見: )	
	10)血清リゾチーム高値(基準値: ) (実施されている場合)	1.あり(検査:平成 年 月 日) 2.なし 3.不明 ( )	

以下の疾患が鑑別できること		
鑑別診断	1)悪性リンパ腫	1.できる 2.できない
	2)結核	1.できる 2.できない
	3)肺癌(癌性リンパ管症)	1.できる 2.できない
	4)ベリリウム肺	1.できる 2.できない
	5)じん肺	1.できる 2.できない
	6)過敏性肺炎	1.できる 2.できない
	7)原因既知あるいは別の病態の疾患	1.できる 2.できない
	8)異物, 癌等によるサルコイド局所反応	1.できる 2.できない

治療状況	現在の治療状況 (今後6か月の予定の治療も含む)		治療効果
	1)副腎皮質ステロイド	1.あり(プレドニゾロン換算最大量 mg/日)	2.なし
2)パルス療法	1.あり	2.なし	1.あり 2.なし 3.不明
3)免疫抑制剤	1.あり(種類 最大投与量 )	2.なし	1.あり 2.なし 3.不明
4)その他	1.あり(薬剤名 )	2.なし	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

(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

## 7 サルコイドーシス 臨床調査個人票

(2.更新)

ふりがな 氏名		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 年 月 (満 歳) 2.平成	初診年月日	1.昭和 年 月 日 2.平成	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 (____))					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 年 月 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】						
最近1年間の経過	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( )					
既治療	1)ステロイド薬の投与 1.あり (プレドニゾロン換算最大量 ____ mg/日) 2.なし 3.不明 (検査:平成 年 月 日)					
	2)免疫抑制薬の投与 1.あり (期間:平成 年 月 日 ~ 年 月 日) 2.なし 3.不明					
現在の 治療	1)ステロイド薬の投与 1.あり (プレドニゾロン換算最大量 ____ mg/日) 2.なし					
	2)ステロイド薬以外の免疫抑制薬の投与 1.あり 2.なし					
	3)その他の治療 1.あり 2.なし					
臓器病変(経過が3~5の症例) 1年以内の所見を記入すること						
呼吸器	1)肺機能 a. %VC 80以下 1.あり 2.なし 3.不明 b. FEV <sub>1.0%</sub> 70以下 1.あり 2.なし 3.不明 c. %Dlco 80以下 1.あり 2.なし 3.不明					
	2)低酸素血症 (PaO <sub>2</sub> : 80Torr未満) 1.あり ( ____ Torr) 2.なし 3.不明					
	3)胸部画像所見 (新たに出現した場合は、画像所見を提出すること。) (出現時期 平成 年 月 日) a.びまん性陰影 1.あり 2.なし 3.不明 b.線維状陰影 1.あり 2.なし 3.不明					
心臓	1)心電図異常 a.脚ブロック 1.あり 2.なし b.房室ブロック 1.あり 2.なし c.上室性不整脈 1.あり 2.なし d.心室性不整脈 (Lown 2度以上) 1.あり 2.なし e. ST-T 異常 1.あり 2.なし					
	2)心エコー上壁厚/壁運動異常 1.あり 2.なし					
	3)心筋シンチ異常 1.あり 2.なし					
眼	1)視力障害 1.増悪 2.不変のまま継続 3.消失 4.なし 2)続発性緑内障 1.増悪 2.不変のまま継続 3.消失 4.なし					
神経	神経症状 1.増悪 2.不変のまま継続 3.消失 4.なし					
筋	筋障害 1.増悪 2.不変のまま継続 3.消失 4.なし					
腎	1)CT (MR I) 上の欠損 1.増悪 2.不変のまま継続 3.消失 4.なし					
	2)高カルシウム血症 1.増悪 2.不変のまま継続 3.消失 4.なし					
皮膚	皮膚病変 1.増悪 2.不変のまま継続 3.消失 4.なし					
その他	1)著しい自覚症状 1.あり 2.なし					
	2)全身症状 (発熱・倦怠感など) 1.あり 2.なし					
	3)血清アンジオテンシン変換酵素 (ACE) 上昇 1.あり 2.なし 検査:平成 年 月 日 ( ) (基準値: )					
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						