

臨床調査個人票(指定難病) 記入にあたっての留意事項

令和2年2月作成

臨床調査個人票作成時の主な留意事項を記載しています。
ご不明な点をご連絡ください。

- 岡山市を除く岡山県内に住民票がある方
岡山県庁 医薬安全課特定保健対策班
TEL:086-226-7342
- 岡山市に住民票がある方
岡山市保健所 健康づくり課特定疾病係
TEL:086-803-1271

目次

疾病番号	内 容	スライド番号
	目次	2
	記載方法について	3-4
	注意事項	5
	特定医療費（指定難病） 制度の対象となる方	6
	添付書類が必要な疾患	7
6	パーキンソン病	8-9
17	多系統萎縮症	10
18	脊髄小脳変性症	11
51	全身性強皮症	12
57	特発性拡張型心筋症	13
61	自己免疫性溶血性貧血	14
63	特発性血小板減少性紫斑病	15-16
66	IgA腎症	17
67	多発性嚢胞腎	18-19

疾病番号	内 容	スライド番号
68	黄色靭帯骨化症	20
69	後縦靭帯骨化症	
71	特発性大腿骨頭壊死症	21-22
72-1	下垂体ADH分泌異常症	23
78	下垂体前葉機能低下症	24
78-2	下垂体前葉機能低下症 (副腎皮質ホルモン (ACTH) 分泌低下症)	25-26
85	特発性間質性肺炎	27
90	網膜色素変性症	28
95	自己免疫性肝炎	29-30
96	クローン病	31
97	潰瘍性大腸炎	32-34
222	一次性ネフローゼ症候群	35
300	IgG4関連疾患	36-37

記載方法について ①

- 臨床調査個人票の全体的な留意事項については、下記の厚生労働省ホームページ（臨床調査個人票について）の「改正臨床調査個人票記入にあたっての留意事項 ver. 2」をご参照ください。
- <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000170897.html>

この資料に記載のある
疾病については、
以降に記入する留意事
項にもご注意ください。

厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

テーマ別に探す 報道・広報 政策について 厚生労働省について

ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 健康・医療 > 健康 > 指定難病 > 臨床調査個人票について

臨床調査個人票について

都道府県、医療機関のみなさまへ

平成29年4月1日から臨床調査個人票を改正しています。
臨床調査個人票の記入にあたっての留意事項等をまとめましたので、ご参照ください。

※ H31.4.1 付けで改正しています。

改正臨床調査個人票記入にあたっての留意事項 ver.2 [2,108KB]
正誤表 ver.3 [170KB]
(参考) ver.1 との対照表 [584KB]

記載方法について ②

●新規・更新

1ページの右上、新規・更新は必ずご記入ください。
更新申請漏れは、新規申請となります。

<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 更新
-----------------------------	-----------------------------

●基本情報

姓名、出生時氏名、住所、生年月日、性別は必ず記入ください。
患者が記入された書類が散見されます。基本情報も、医療機関でご記入ください。

●検査所見

小数点が必要な検査については、1つの数値ボックスに
小数点を記入ください。なお、数値ボックスが不足する場合は小数点以下を四捨五
入してください。

正しい数字の記入例

3 3 2 . 5 $\mu\text{g}/\text{dL}$

悪い記入例

12 1. 多重記載は
読取不能

●臨床調査個人票の枠線の種類について

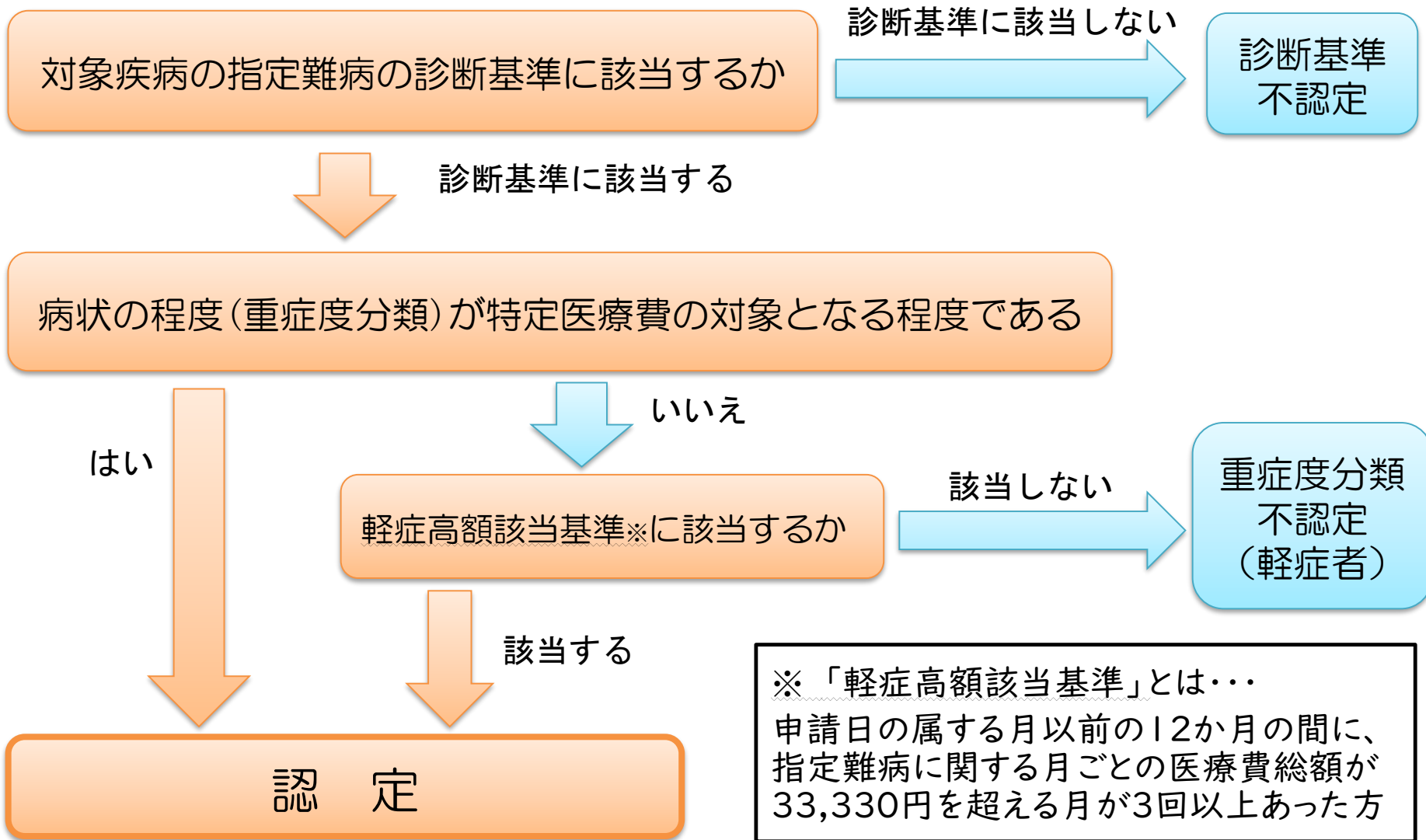
- 細 枠 : 新規申請・更新申請ともに記載が必要
- 太 枠 : 新規申請時、記載**必須**
- 点線太枠 : 更新申請時、記載**必須**

※※ 注意事項 ※※

全体的な記入において注意いただきたいのは下記のとおりです。

- 摩擦熱で消えるペン(フリクションボール等)で記載されている臨床調査個人票は受付できません。ペンの注意書きにも、「証書類・宛名など消えてはいけないものには使用しないでください。」と記入があります。
- 重症度分類については、適切な医学的管理下で治療が行われている状態で、記載年月日から直近6か月間で最も悪い状態を記載してください。
- 医師の氏名の署名又は記名押印のもれに注意してください。
- 指定医番号の誤りが多く見受けられます。書類記載時には指定医番号に誤りがないかの確認をお願いいたします。
(岡山県で指定している場合、「33」から始まる10桁の番号です。
岡山市で指定している場合、「66」から始まる10桁の番号です。)
指定医の通知に記載されていますが、不明な場合はお問い合わせください。

特定医療費（指定難病）制度の対象となる方



※「軽症高額該当基準」とは・・・
申請日の属する月以前の12か月の間に、
指定難病に関する月ごとの医療費総額が
33,330円を超える月が3回以上あった方

添付書類が必要な疾病（新規）

岡山県指定難病審査会における必要な添付書類

令和2年4月1日作成

新規申請時に添付書類が必要な疾病は、右記チラシのとおりです。

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。

申請書類	疾病番号	指定難病	添付書類
新規申請	14	慢性炎症性脱髄性多発神経炎/ 多発性運動ニューロパチー	神経伝導検査レポート
	58	肥大型心筋症	12誘導心電図及び心エコー図の検査結果
	59	抱束型心筋症	12誘導心電図及び心エコー図の検査結果 又は心臓カテーテルの所見
	68	黄色筋帯骨化症	筋帯骨化を確認できるX線及びCT画像を印刷したもの（所見が見えにくい場合はCDも提出ください）
	69	後縦筋帯骨化症	筋帯骨化を確認できるX線及びCT画像を印刷したもの（所見が見えにくい場合はCDも提出ください）
	70	広範囲腎血管狭窄症 【R2.4.1 肥満日～必要】	腎血管狭窄小化を確認できる MRI 又はミエログラフィー又はミエロCT 画像のいずれかを印刷したもの
	71	特発性大腿骨頭壊死症	診断基準を満たす所見を確認できるX線及びMRI 画像を印刷したもの
	85	特発性間質性肺炎	胸部HRC T画像のCD-R
	127	前頭側頭葉変性症	画像診断レポート又はそれと同内容の文書の写し
	224	紫斑病性腎炎	腎生検病理組織所見のレポート
	271	強直性腎性炎	腰椎と仙腸関節のX線画像を印刷したもの（撮影されていれば、印刷されたMRI 画像も添付ください）

※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。

■診断によって、添付資料が必要になる疾患

申請書類	疾病番号	指定難病	添付書類
新規申請	50	皮膚筋炎/多発性筋炎	無筋性皮膚筋炎の場合：皮膚病理所見
	86	肺動脈性肺高血圧症	先天性シャント性心疾患に伴う肺動脈性肺高血圧症等： 詳細は診断基準参照
	89	リンパ管拡張症	臨床診断例：胸部CT画像を印刷したもの ※腎血管初発腫瘍の合併、後縦筋リンパ管や骨盤腔リンパ管の腫大の場合追加が必要（詳細は診断基準参照）



【問い合わせ先】
岡山県保健福祉部 医事安全課 特定保健対策班
(TEL) 086-226-7342

6 パーキンソン病 ①

留意事項 (新規・更新)

■ 診断基準に関する事項

P2

A. 主要所見 (更新時にも記載必須、いずれの時期でもよい)

1. パーキンソニズムがある。 (1)または(2)のいずれかに該当する)	<input type="checkbox"/> 1. 該当
<input type="checkbox"/> (1)典型的な左右差のある安静時振戦 (4~6Hz) が	
<input checked="" type="checkbox"/> (2)以下のうち2項目以上が存在する	
<input type="checkbox"/> 歯車様強剛	<input type="checkbox"/> 動作緩慢
	<input type="checkbox"/> 姿勢反射障害

チェック漏れが多い個所です。
点線の□内の症状が2つ以上当てはまる場合は
実線の□にもチェックを入れてください。

P3

D. 治療その他 (更新時にも記載必須、直近時)

1. 抗パーキンソン病薬にてパーキンソニズムに改善がみられる		
抗パーキンソン病薬の効果	<input checked="" type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
		<input type="checkbox"/> 3. 未検討

L-DOPA 製剤使用の有無

転医等の理由で、診察開始時からパーキンソン病薬の効果不明の患者様であっても、紹介状等からパーキンソン病薬の効果過去に確認できる場合は、抗パーキンソン病薬の効果「あり」にチェックを入れてください。

6 パーキンソン病 ②

留意事項 (新規・更新)

B. 発症と経過

P5

初発症状 (新規申請時 のみ記載)	筋強剛	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
	姿勢反射の障害	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
	振戦	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
	動作緩慢、無動・寡動	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
	歩行異常	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
経過	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 進行性	<input type="checkbox"/> 2. 進行後停止	<input type="checkbox"/> 3. 軽快	<input type="checkbox"/> 4. その他

パーキンソン病は基本的に進行性の疾患です。
経過「進行後停止」は、パーキンソン病自体の悪化がこれ以上見込まれない方に該当します。Hoehn-Yahr5-3以外の方は、「進行性」にチェックしてください。

17 多系統萎縮症

留意事項 (新規・更新)

P7

<診断のカテゴリー>

Definite MSA : 病理学的に確定診断されたもの

Probable MSA : 以下の1あるいは2に3を伴う

1. レボドパに反応性の乏しいパーキンソニズム
(姿勢反射障害)

2. 小脳症候 (歩行失調、小脳性構音障害、小脳

3. 自律神経障害 (抑制困難な尿失禁、残尿など)
収縮期血圧が30mmHgもしくは拡張期血圧が1

Possible MSA : 以下の1+3+4あるいは2+3+4

1. パーキンソニズム (筋強剛を伴う運動緩慢、

2. 小脳症候 (歩行失調、小脳性構音障害、小脳

3. 自律神経症候 (Probableの基準に満たない程度の起立性低血圧や排尿障害、睡眠時無呼吸、もしくは勃起不全)

4. 錐体路徴候が陽性もしくは B. 検査所見で異常を認める

いずれにも該当しない

Probable MSAは 1 + 3 or 2 + 3、
Possible MSAは 1 + 3 + 4 or 2 + 3 + 4

上記症状が揃っていないければ、認定となりません。

記入にあたり、P2～P6の症状及び検査に関する記載と齟齬が生じないようにご注意ください。

18 脊髄小脳変性症 (多系統萎縮症を除く)

留意事項 (新規)

遺伝性脊髄小脳変性症が疑われる場合は、
遺伝子検査を実施ください。

■ 診断基準に関する事項			P2、P3
診断			
診断 (脊髄小脳変性症)			
<input type="checkbox"/> 1. 孤発性脊髄小脳変性症	<input type="checkbox"/> 2. 遺伝性脊髄小脳変性症	<input type="checkbox"/> 3. 痙性対麻痺	
(1) 孤発性脊髄小脳変性症の種類			
<input type="checkbox"/> 1. 皮質性小脳萎縮症	<input type="checkbox"/> 2. その他		
その他の内容			
(2) 本人の遺伝子診断			
<input type="checkbox"/> 1. 実施	<input type="checkbox"/> 2. 未実施		
本人の遺伝子 診断未実施の場合	家族の遺伝子診断	<input type="checkbox"/> 1. 実施	<input type="checkbox"/> 2. 未実施
遺伝性脊髄小脳変性症の種類			
<input type="checkbox"/> 1. 常染色体優性遺伝性	<input type="checkbox"/> 2. 常染色体劣性遺伝性	<input type="checkbox"/> 3. その他の遺伝性	
常染色体優性遺伝性の種類	<input type="checkbox"/> 1. MJD (SCA3)	<input type="checkbox"/> 2. SCA6	<input type="checkbox"/> 3. DRPLA
	<input type="checkbox"/> 4. SCA31	<input type="checkbox"/> 5. SCA1	<input type="checkbox"/> 6. SCA2
	<input type="checkbox"/> 7. SCA7	<input type="checkbox"/> 8. SCA36	<input type="checkbox"/> 9. その他の SCA
	その他の SCA	<input type="checkbox"/> 1. 純粋小脳失調型	<input type="checkbox"/> 2. その他
常染色体劣性遺伝性の種類	<input type="checkbox"/> 1. ビタミン E 単独欠乏性失調症		
	<input type="checkbox"/> 2. アプラタキシン欠損症 (眼球運動失行・低アルブミン血症を伴う早発型失調症)		
	<input type="checkbox"/> 3. その他		
その他の遺伝性の種類	<input type="checkbox"/> 1. FXTAS	<input type="checkbox"/> 2. その他	

51 全身性強皮症

留意事項 (新規・更新)

P7

■ 重症度分類に関する事項

重症度	
1. 皮膚	<input type="checkbox"/> 0. normal <input type="checkbox"/> 1. mild <input type="checkbox"/> 2. moderate <input type="checkbox"/> 3. severe <input type="checkbox"/> 4. very severe
2. 肺	<input type="checkbox"/> 0. normal <input type="checkbox"/> 1. mild <input type="checkbox"/> 2. moderate <input type="checkbox"/> 3. severe <input type="checkbox"/> 4. very severe
3. 心臓	<input type="checkbox"/> 0. normal <input type="checkbox"/> 1. mild <input type="checkbox"/> 2. moderate <input type="checkbox"/> 3. severe <input type="checkbox"/> 4. very severe
4. 腎	<input type="checkbox"/> 0. normal <input type="checkbox"/> 1. mild <input type="checkbox"/> 2. moderate <input type="checkbox"/> 3. severe <input type="checkbox"/> 4. very severe
5a. 上部消化管	<input type="checkbox"/> 0. normal <input type="checkbox"/> 1. mild <input type="checkbox"/> 2. moderate <input type="checkbox"/> 3. severe <input type="checkbox"/> 4. very severe
5b. 下部消化管	<input type="checkbox"/> 0. normal <input type="checkbox"/> 1. mild <input type="checkbox"/> 2. moderate <input type="checkbox"/> 3. severe <input type="checkbox"/> 4. very severe

←直近6ヶ月以内のmRSS

←直近6ヶ月以内の胸部HRCT・FVC・酸素療法

←直近6ヶ月以内のNYHA・心電図・心エコー

←直近6ヶ月以内のeGFR

←直近6ヶ月以内の消化管病変

←直近6ヶ月以内の消化管病変

P7の重症度分類に関する事項につきましては、記載日から直近6ヶ月以内の最重症の状態を記載ください。

57 特発性拡張型心筋症

留意事項 (更新)

3. 心エコー図	
検査年月日	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
検査時の調律	↑記載日から直近6ヶ月以内 (更新では1年以内)
心拍数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
左室内径	LVDd <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm
	LVDa <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm
左室壁厚	IVST <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm
	LVPWT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm
左室駆出率	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %
左房径	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm
下大静脈径	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm
呼吸性変動の有無	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
壁運動異常	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
	部位 <input type="text"/>
僧帽弁逆流	<input type="checkbox"/> 1.軽度 <input type="checkbox"/> 2.中等度 <input type="checkbox"/> 3.高度
左室流入血流	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
左室流入血流・僧帽弁輪速度	E <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm/s
	E/A <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	E' <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm/s
三尖弁逆流	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
	圧較差 (三尖弁逆流速度から求めた右室右房間圧較差)
その他の異常所見	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
	内容 <input type="text"/>
前回から変化した内容 (更新)	更新時記載必須

P5

↓記載日から直近6ヶ月以内
(更新では1年以内)

P3

2. 心電図	
検査年月日	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
前回から変化した内容 (更新)	内容 <input type="text"/> 更新時記載必須

P3の心電図及びP5の心エコーにつきましては、更新時に前回との変化を確認することが必要です。記載日から直近6ヶ月以内の検査の記載をお願いいたします。
(検査予約等の関係を考慮し、記載日から1年以内の検査でも使用可能です)
また、点線太枠は更新時記載必須です。

61 自己免疫性溶血性貧血

留意事項 (新規・更新)

■ 重症度分類に関する事項

P8

温式自己免疫性溶血性貧血 (AIHA) の重症度基準		<input type="checkbox"/> 1. stage 1	<input type="checkbox"/> 2. stage 2	<input type="checkbox"/> 3. stage 3
		<input type="checkbox"/> 4. stage 4	<input type="checkbox"/> 5. stage 5	
stage 1	軽症	薬物療法を行わないでヘモグロビン濃度 10 g/dL 以上		
stage 2	中等症	薬物療法を行わないでヘモグロビン濃度 7~10 g/dL		
stage 3	やや重症	薬物療法を行っていてヘモグロビン濃度 7 g/dL 以上		
stage 4	重症	薬物療法を行っていてヘモグロビン濃度 7 g/dL 未満		
stage 5	最重症	薬物療法および脾摘を行ってヘモグロビン濃度 7 g/dL 未満		

重症度を満たす

※当該重症度基準は温式 AIHA のものであるが、冷式 AIHA については、暫定的に当該重症度基準を使用する。
ただしこの場合は最重症と診断しない。

薬物療法を行っていてヘモグロビン濃度が 10g/dL 以上

1. 該当 (助成対象外) 2. 非該当

診断基準を満たして、
ここが「該当」の場合は
『軽症』となる

直近6ヶ月以内の薬物療法の状況及びヘモグロビンの検査値において判断ください。
なお、薬物療法を行っていてヘモグロビン濃度が10g/dL以上の場合、重症度を満たさないため『軽症』になります (診断基準を満たし、医療費が軽症高額該当基準に該当していれば医療費助成の対象となります)。

63 特発性血小板減少性紫斑病 ①

留意事項 (新規・更新)

■ 重症度分類に関する事項

特発性血小板減少性紫斑病 重症度基準	<input type="checkbox"/> 1. Stage I	<input type="checkbox"/> 2. Stage II	<input type="checkbox"/> 3. Stage III
	<input type="checkbox"/> 4. Stage IV	<input type="checkbox"/> 5. Stage V	<input type="checkbox"/> 6. 該当なし

P8

直近6ヶ月以内の出血症状と血小板数から判断

P8の重症度分類に関する事項につきましては、記載日から直近6ヶ月以内の出血症状と血小板数でステージを判断ください。

<重症度分類>

重症度基準で Stage II 以上を対象とする。

(血小板)

診断基準
P5

特発性血小板減少性紫斑病重症度基準

血小板数 ($\times 10^4/\mu\text{L}$)	臨床症状			
	無症状	皮下出血*1	粘膜出血*2	重症出血*3
$5 \leq < 10$	I	I	II	IV
$2 \leq < 5$	II	III	IV	V
< 2	III	IV	IV	V

※注意※
血小板数が10万/ μL 以上の場合、ステージは「6. 該当なし」となります。

*1 皮下出血:点状出血、紫斑、斑状出血

*2 粘膜出血:歯肉出血、鼻出血、下血、血尿、月経過多など

*3 重症出血:生命を脅かす危険のある脳出血や重症消化管出血など

63 特発性血小板減少性紫斑病 ②

留意事項 (新規・更新)

記載日から直近6ヶ月以内の血小板数が最低の検査結果を記載

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する				P3	
末梢血検査 (血小板数が最低のもの)					
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施		<input type="checkbox"/> 2. 未実施		
	検査日	西暦	年	月	日
白血球形態異常	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	貧血	<input type="checkbox"/> 1. なし	<input type="checkbox"/> 2. 失血性
				<input type="checkbox"/> 3. 鉄欠乏性	
赤血球形態異常	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	白血球数	/μL	
赤血球数	×10 ⁴ /μL		ヘモグロビン	g/dL	
MCV	fL		血小板数	×10 ⁴ /μL	

P3のB.検査所見は記載日から直近6ヶ月以内の血小板数が最低のものを記載してください。

66 IgA腎症

留意事項 (新規・更新)

P8

■ 重症度分類に関する事項

A. 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
<p>A. CKD及びB. 蛋白尿 直近6ヶ月以内の検査から判断</p>					
①GFR 区分 (mL/分/1.73 m ²)	<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)				
<p>C. 腎生検 直近6ヶ月以内の施行があれば、 その重症度で判断</p>					
B. 蛋白尿					
C. 腎生検施行例の組織学的重症度	<input type="checkbox"/> 1. I	<input type="checkbox"/> 2. II	<input type="checkbox"/> 3. III	<input type="checkbox"/> 4. IV	<input type="checkbox"/> 5. 不明

P8の重症度分類に関する事項は、直近6ヶ月以内の最重症の状態を記載してください。

6ヶ月以内に腎生検施行が無ければ、不明にチェックをお願いします。

67 多発性嚢胞腎 ①

留意事項 (新規・更新)

P3

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

腎画像診断		方法 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI	
CT、MRI 又は 超音波断層像	両腎の それぞれの 嚢胞数	右 <input type="text"/> <input type="text"/>	左 <input type="text"/> <input type="text"/>
	←いずれの時期でも良い (診断基準を満たす所見)		
腎機能検査			
検査年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/>	←記載日から直近6ヶ月以内	
尿蛋白定量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/日		
クレアチニン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	尿蛋白/ クレアチニン比	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/gCr
eGFR	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL/分/1.73m ²		
CKD stage			
腎容積測定検査			
画像検査の種類	<input type="checkbox"/> 1. US <input type="checkbox"/> 2. CT <input type="checkbox"/> 3. MRI		
両腎容積	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm ³	腎容積 増大速度	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %/年
検査年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/>	←記載日から直近6ヶ月以内	
肝機能検査			
AST	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L	ALT	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L
γ-GTP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L		
検査年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/>	←いずれの時期でも良い	

P3の「腎機能検査」及び「腎容積測定検査」の値は、記載日から直近6ヶ月以内の状態を確認できることが必要です。

P6の重症度分類に関する事項は、その数値にあわせてチェックをお願いします。

なお、その他の検査所見は診断基準を満たすいずれの時期でも構いません。

67 多発性嚢胞腎 ②

留意事項 (新規・更新)

P6

■ 重症度分類に関する事項

A. 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
↑記載日から直近6ヶ月以内の検査数値で判断	
①GFR 区分 (mL/分/1.73 m ²)	<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)
B. 腎容積 750mL 以上かつ 腎容積増大速度 5%/年以上	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ

P6の重症度分類に関する事項は、P3の「腎機能検査」及び「腎容積測定検査」の数値から判断ください。

B.について、記載日から直近6ヶ月以内の検査がない場合は「いいえ」となります。

↑記載日から直近6ヶ月以内の検査数値で判断 (実施がない場合等は「いいえ」にチェック)

重 要

68 黄色靱帯骨化症

69 後縦靱帯骨化症

留意事項 (新規・更新)

■ 令和2(2020)年4月1日以降の申請には、新規申請は直近6ヶ月以内、更新申請は直近1年以内のCT(またはX線)における骨化証明が必要です。特定医療費を受給するためには、病状の確認が必要ですので、P3の検査は直近の所見を記載してください。

■ 新規申請時のCT(またはX線)画像は、紙媒体での提出が必要です。

記載日より直近6ヶ月以内(更新では1年以内)の検査所見(P3)がない場合、P5の重症度分類に関する事項は、「画像で証明できる」が「いいえ」になり、「軽症」と判断されます。

■ 重症度分類に関する事項

靱帯骨化による運動機能障害		P5	
<input type="checkbox"/> 画像所見で後縦靱帯骨化または黄色靱帯骨化が証明される	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ	
それが神経障害の原因となって、日常生活上支障となる著しい運動機能障害を伴う	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ	
機能評価			
評価年月日	西暦	年	月 日
<input type="checkbox"/> 頸髄症：I 上肢運動機能、II 下肢運動機能のいずれかが2点以下			
<input type="checkbox"/> 頸髄症：I、II の合計点が6点または7点であっても手術治療を行う場合			
<input type="checkbox"/> 胸髄症あるいは腰髄症：II 下肢運動の評価項目が2点以下			
<input type="checkbox"/> 胸髄症あるいは腰髄症：II が3点でも手術治療を行う場合			
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない			

71 特発性大腿骨頭壊死症 ①

留意事項 (新規・更新)

P3

B. 鑑別診断

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 <input checked="" type="checkbox"/> を記入する。	<input checked="" 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. 一過性大腿骨頭骨萎縮症	<input type="checkbox"/> 2. 急速破壊型股関節症	<input type="checkbox"/> 3. 大腿骨頭軟骨下脆弱性骨折	
<input type="checkbox"/> 4. 腫瘍及び腫瘍類似疾患	<input type="checkbox"/> 5. 骨端異形成症		
<input type="checkbox"/> 6. 外傷 (大腿骨頭部骨折、外傷性股関節脱臼)	<input type="checkbox"/> 7. 大腿骨頭すべり症		
<input type="checkbox"/> 8. 骨盤部放射線照射	<input type="checkbox"/> 9. 減圧症などに合併する大腿骨頭壊死		
<input type="checkbox"/> 10. 小児に発生するペルテス病	<input type="checkbox"/> 11. 医薬品副作用被害救済制度で副作用認定されているもの		

<診断のカテゴリー>

Definite : A-1~5のうち、2項目以上を満たす	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
-------------------------------	---	---------------------------------

特定医療費支給認定には、鑑別診断で明記されている1~11の全ての疾病が除外可であることが必要です。

P3の鑑別診断及び診断のカテゴリーにつきましては、当疾病で治療を行っているという主治医の判断のもと、鑑別診断と除外ができた疾病のチェックをお願いします。

71 特発性大腿骨頭壊死症 ②

留意事項 (新規・更新)

P6

■ 重症度分類に関する事項

病型分類									
特発性大腿骨頭壊死症の壊死域局在による病型分類	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">右</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> 1. Type A</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> 2. Type B</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> 3. Type C-1</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 4. Type C-2</td> <td><input type="checkbox"/> 5. 正常</td> <td></td> </tr> </table>	右	<input type="checkbox"/> 1. Type A	<input type="checkbox"/> 2. Type B	<input type="checkbox"/> 3. Type C-1		<input type="checkbox"/> 4. Type C-2	<input type="checkbox"/> 5. 正常	
右	<input type="checkbox"/> 1. Type A	<input type="checkbox"/> 2. Type B	<input type="checkbox"/> 3. Type C-1						
	<input type="checkbox"/> 4. Type C-2	<input type="checkbox"/> 5. 正常							
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> 1. Type A</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> 2. Type B</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> 3. Type C-1</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 5. 正常</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> 1. Type A	<input type="checkbox"/> 2. Type B	<input type="checkbox"/> 3. Type C-1		<input type="checkbox"/> 5. 正常		
	<input type="checkbox"/> 1. Type A	<input type="checkbox"/> 2. Type B	<input type="checkbox"/> 3. Type C-1						
	<input type="checkbox"/> 5. 正常								

↑記載日から直近6ヶ月以内の状態

病期分類									
特発性大腿骨頭壊死症の病期 (Stage) 分類	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">右</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> 1. Stage 1</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> 2. Stage 2</td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 4. Stage 3B</td> <td><input type="checkbox"/> 5. Stage 3A</td> <td></td> </tr> </table>	右	<input type="checkbox"/> 1. Stage 1	<input type="checkbox"/> 2. Stage 2			<input type="checkbox"/> 4. Stage 3B	<input type="checkbox"/> 5. Stage 3A	
右	<input type="checkbox"/> 1. Stage 1	<input type="checkbox"/> 2. Stage 2							
	<input type="checkbox"/> 4. Stage 3B	<input type="checkbox"/> 5. Stage 3A							
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> 1. Stage 1</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> 2. Stage 2</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> 3. Stage 3A</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 5. Stage 4</td> <td><input type="checkbox"/> 6. 正常</td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> 1. Stage 1	<input type="checkbox"/> 2. Stage 2	<input type="checkbox"/> 3. Stage 3A		<input type="checkbox"/> 5. Stage 4	<input type="checkbox"/> 6. 正常	
	<input type="checkbox"/> 1. Stage 1	<input type="checkbox"/> 2. Stage 2	<input type="checkbox"/> 3. Stage 3A						
	<input type="checkbox"/> 5. Stage 4	<input type="checkbox"/> 6. 正常							

↑記載日から直近6ヶ月以内の状態

手術後6ヶ月以上経過している場合、記載日から直近6ヶ月以内のJOA Hip scoreで重症度を評価

P6の重症度分類に関する事項は、記載日より直近6ヶ月以内の最重症の状態を記載いただくところです。股関節の手術後、6ヶ月以上経過している場合は、病型分類及び病期分類の記載は不要です。

P7～8にかけてのJOA Hip scoreの評価に、直近6か月の最重症の状態を記載してください。

72-1 下垂体性ADH分泌異常症 (中枢性尿崩症)

留意事項 (更新)

P4

<診断のカテゴリー>

- 完全型中枢性尿崩症：下記①～④、⑥を満たす
 - 部分型中枢性尿崩症：下記①、②、⑤、⑥を満たす
 - 上記に該当しない
-
- ① A-1～3 (1. 多尿 2. 口渇 3. 多飲) を満たす
 - ② B. の尿量1日 3,000mL 以上、尿浸透圧 300mOsm/kg
 - ③ 水制限試験における尿浸透圧 300mOsm/kg を超えない
 - ④ 5%高張食塩水負荷試験時に※以下の i) -iv) を満たす
 - ⑤ 5%高張食塩水負荷試験時に※以下の i) -iv) の1項目を満たす
 - ⑥ バゾプレシン負荷試験で尿量は減少し、尿浸透圧は 300mOsm/kg 以上に上昇する

診断のカテゴリーにおいて、「診断が10年以上前である」等、負荷試験に関するデータ(③～⑥)が残っていない場合はチェックをつけずに提出し、その旨をP5の特記所見欄にご記載ください。

※新規申請の場合は、診断基準に関連する検査項目の記載がなければ認定となりません。

※5%高張食塩水負荷試験 (0.05mL/kg/min で120分間点滴投与) における血清ナトリウム濃度と血漿バゾプレシン濃度

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> i) 144mEq/L で 1.5pg/mL 以下 | <input type="checkbox"/> ii) 146mEq/L で 2.5pg/mL 以下 |
| <input type="checkbox"/> iii) 148mEq/L で 4pg/mL 以下 | <input type="checkbox"/> iv) 150mEq/L 以上で 6pg/mL 以下 |

78 下垂体前葉機能低下症

留意事項（新規・更新）

臨床調査個人票

新規 更新

078-01 下垂体前葉機能低下症
(ゴナドトロピン分泌低下症)

臨床調査個人票

新規 更新

078-2 下垂体前葉機能低下症
(副腎皮質刺激ホルモン (ACTH) 分泌低下症)

臨床調査個人票

新規 更新

078-03 下垂体前葉機能低下症
(甲状腺刺激ホルモン (TSH) 分泌低下症)

臨床調査個人票

新規 更新

078-04 下垂体前葉機能低下症
(GH 分泌不全性低身長症 (小児))

臨床調査個人票

新規 更新

078-05 下垂体前葉機能低下症
(成人 GH 分泌不全症)

臨床調査個人票

新規 更新

078-6 下垂体前葉機能低下症
(プロラクチン (PRL) 分泌低下症)

当疾病は枝番号が6つあります。同一疾病で複数にり患していても、78-1～78-6の臨床調査個人票いずれか1つのみを記載してください。
※どれを選択するかは、主治医がご判断ください。

78-2 下垂体前葉機能低下症 ①

(副腎皮質ホルモン(ACTH)分泌低下症)

留意事項(更新)

P3

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

内分泌機能	
検査年月日	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
ACTH系：ACTH-Z連続負荷	
基礎値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> μg/dL
基準値(自)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> μg/dL
基準値(至)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> μg/dL
迅速ACTH試験反応性	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
迅速ACTH試験頂値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> μg/dL
ACTH-Z連続負荷増加反応	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
CRH試験反応性	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
CRH試験頂値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> μg/dL
インスリン負荷反応性	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
インスリン負荷頂値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> μg/dL

迅速ACTH試験反応性、ACTH-Z増加反応、CRH試験反応性、インスリン負荷反応性の各欄の「あり」「なし」は、負荷試験を実施している場合にチェックを入れ、その下の頂値の欄に数値を記載してください。

負荷試験を実施していない場合にはチェックを入れないでください。

78-2 下垂体前葉機能低下症 ②

(副腎皮質ホルモン(ACTH)分泌低下症)

留意事項(更新)

<診断のカテゴリー>

P4

Definite: 下記の1~4を満たし、5あるいは5および6を満たす

1. 該当

2. 非該当

- 1. Aの主症候①~⑤の1項目以上を満たす
- 2. 血中コルチゾールが低値
- 3. 血中ACTHは高値ではない
- 4. 尿中遊離コルチゾール排泄量の低下
- 5. ACTH分泌刺激試験(CRH、インスリン負荷)に対して血中ACTHおよびコルチゾールは低反応ないし無反応を示す
- 6. 迅速ACTH(コートロシン)負荷に対し血中コルチゾールは低反応を示す

「診断を受けたのが数十年前」等の理由で負荷試験の記録が残っていない場合は、尿中遊離コルチゾール量、ACTH分泌刺激試験、迅速ACTH負荷等の検査値の記入はなくても構いません。ただし診断時期、診断を受けた医療機関等の情報を可能な限りP4の特記事項欄に記載し、診断のカテゴリーの「該当」「非該当」の欄にチェックを入れないようにしてください。

なお、必要に応じて追記を求めることがありますのでご了承ください。

85 特発性間質性肺炎

留意事項 (新規・更新)

P4

血液ガス、呼吸機能、6分間歩行試験

安静時 PaO ₂ (室内気)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Torr	安静時 AaDO ₂	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Torr
-------------------------------	---	-----------------------	---

FVC	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
-----	---

拘束性障害 (%VC)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
-------------	---

拡散障害 (%DLco)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %
--------------	--

P4の血液ガス(安静時PaO₂)は重症度判定に必須です。酸素投与中であれば、計測日及びその際の酸素投与量をP6の特記事項欄に記載し、記載日より直近6ヶ月以内の検査数値をP4に記載してください。

	<input type="checkbox"/> 1. 実施	<input type="checkbox"/> 2. 未実施
--	--------------------------------	---------------------------------

6分間歩行時 SpO ₂ 試験の実施	lowest SpO ₂	<input type="text"/> <input type="text"/> %
----------------------------------	-------------------------	---

	歩行距離	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m
--	------	--

安静時PaO₂と6分間歩行試験の数値をもって、P7の重症度分類を記載してください。

■ 重症度分類に関する事項

新重症度分類	<input type="checkbox"/> 1. I	<input type="checkbox"/> 2. II	<input type="checkbox"/> 3. III	<input type="checkbox"/> 4. IV
--------	-------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

P7

90 網膜色素変性症

留意事項 (更新)

特に注意！！
鑑別診断部分のチェック漏れが非常に多いです。

C. 鑑別診断

P4

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 checked="" type="checkbox"/> 1. 全て除外可	<input type="checkbox"/> 2. 除外不可	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input checked="" type="checkbox"/> 1. 炎症性 (梅毒、トキソプラズマ感染など)	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 続発性 (中毒性、外傷、網膜剥離など)		

<診断のカテゴリー>

①～⑤のすべてを満たす	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
<input type="checkbox"/> ① 進行性の	<p>診断のカテゴリーが、「非該当」の場合は認定できません。 新規申請で記入必須である④の「網膜電図で異常がみられる」が、更新申請時にチェックできない場合でも、<診断のカテゴリー>は「該当」のチェックをお願いします。</p>	
<input type="checkbox"/> ② Aの自覚		
<input type="checkbox"/> ③ Bの眼底		
<input checked="" type="checkbox"/> ④ Bの網膜電図で異常がみられる		
<input type="checkbox"/> ⑤ Cで炎症性又は続発性でない		

95 自己免疫性肝炎 ①

留意事項 (新規・更新)

<診断のカテゴリー>

P5

<input type="checkbox"/> 典型例：下記の1を満たし、2～5のうち3項目以上を認める
<input type="checkbox"/> 非典型例：下記の1を満たし、2～5のうち1～2項目を認める
<input type="checkbox"/> 1. 他の原因による肝障害が否定される
<input type="checkbox"/> 2. 抗核抗体陽性あるいは抗平滑筋抗体陽性
<input type="checkbox"/> 3. IgG 高値 (>基準値上限 1.1 倍)
<input type="checkbox"/> 4. 組織学的に interface hepatitis や形質細胞浸潤が
<input type="checkbox"/> 5. 副腎皮質ステロイドが著効する
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない

非常にチェック漏れの多い個所です。
「典型例」「非典型例」どちらであっても
1～5の数字の当てはまる箇所に
チェックを入れてください。

95 自己免疫性肝炎 ②

留意事項 (更新)

■ 診断基準に関する事項

A. 主要所見 P2

理学所見	
身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
臨床症状	
診断日	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
黄疸	<input type="checkbox"/> 1. ↑記載日より直近6ヶ月以内
腹水	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし 肝性脳症 <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
肝濁音界	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 縮小 <input type="checkbox"/> 3. 消失 <input type="checkbox"/> 4. 不明
その他	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
内容	<input type="text"/>

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する P3

血液・生化学検査等 (簡易型スコアと国際診断スコア内容を確認)

検査日	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
ALT	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> U/L
γGTP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> U/L
ALP:AST 又は ALP:ALT 値	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
総ビリルビン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
アンモニア	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> μg/dL
血清グロブリン 又は IgG	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
正常上限値との比	<input type="text"/>
血小板	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ×10 ³ /μL
プロトロンビン時間	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
PT-INR	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

P4

画像検査

検査実施 **↓記載日より直近6ヶ月以内**

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
肝サイズの縮小	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
肝実質の不均質化	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし

重症度判定に用いる臨床症状、血液検査所見、画像検査所見については、記載日より直近6か月以内のものをご記入ください。

96 クロウン病

留意事項 (新規・更新)

■ 重症度分類に関する事項

↓記載日より直近6ヶ月以内

P10

算定日	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
クローン病 IOIBD スコア	<input type="text"/>	<input type="text"/>	点	*下記の項目で該当するものを各1点とした合計点								
<input type="checkbox"/>	1. 腹痛	<input type="checkbox"/>	2. 1日6回以上の下痢あるいは粘血便	<input type="checkbox"/>	3. 肛門部病変	<input type="checkbox"/>	4. 瘻孔					
<input type="checkbox"/>	5. その他の合併症	(ぶどう膜炎、虹彩炎、口内炎、関節炎、皮膚症状(結節性紅斑、壊疽性膿皮症)、深部静脈血栓症等)										
<input type="checkbox"/>	6. 腹部腫瘍	<input type="checkbox"/>	7. 体重減少	<input type="checkbox"/>	8. 38℃以上の発熱	<input type="checkbox"/>	9. 腹部圧痛					
<input type="checkbox"/>	10. ヘモグロビン 10g/dL 以下											

IOIBDスコアの記載項目と、記載日より直近6か月以内のP3の主症状、腸管外合併症、P4の検査所見に齟齬が生じないように、ご記入ください。

97 潰瘍性大腸炎 ①

留意事項 (新規)

B. 検査所見 (新規申請時のみ記載、いずれの時期でもよい) *小数点も1文字として記入する P2

1. 内視鏡検査	
検査実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
検査日	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
3. 生検組織学的検査	
検査実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施 異形成 (dysplasia) ・ 癌を認める <input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 未該当
検査日	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
4. 糞便病原性微生物検出	
検査実施	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
検査日	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
病原性微生物検出	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし

新規申請時には、内視鏡検査、生検組織学的検査、糞便病原性微生物検査の記載が必要です(更新漏れで新規申請する場合も必要)。

ただし、検査の実施日は発症後のいずれの時期でも構いません。

97 潰瘍性大腸炎 ②

留意事項 (新規・更新)

P3

■ <診断の категория> (新規時・更新時ともに記載必須)

<input type="checkbox"/> Definite 1: A-1 のほか、B-1 (i または ii) または B-2 (i ~ v)、および B-3 の活動期または寛解期の項目に該当し、鑑別診断において
<input type="checkbox"/> Definite 2: A-1 と、切除手術または剖検で肉眼観察により鑑別診断において全て除外可
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない



「いずれにも該当しない」場合は認定できません。なお、更新申請の際に(診断時から長期間経過している、転医等の理由で)診断の категорияが Definite 1・2 どちらか不明である場合は、その旨を特記所見欄に記載ください。

■ 重症度分類に関する事項 (直近 6 か月間の最重症時の状態)

潰瘍性大腸炎の重症度分類

重症度判定日 西暦 年

1. 軽症 2. 中等症 3. 重症 4. 劇症

A. 主要所見/臨床症状 (直近 6 か月間の最重症時の状態)

1. 理学所見

脈拍 回/分

2. 臨床症状

排便回数 1. 6 回/日以上

ストマ造設をされている方の場合、排便回数の項目を除いて重症度をご判断ください。

97 潰瘍性大腸炎 ③

留意事項 (新規・更新)

■ 重症度分類に関する事項 (直近6か月間の最重症時の状態) P3

潰瘍性大腸炎の重症度分類

重症度判定日 西暦 年 月 日 ← 記載日より直近6ヶ月以内

1. 軽症 2. 中等症 3. 重症 4. 劇症

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する P4

1. 血液検査 (直近6か月間の最重症時の状態)

検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	検査日	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
白血球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / μ L	総蛋白
赤血球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> $\times 10^4/\mu$ L	アルブミン
ヘモグロビン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dL	CRP
血小板	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> $\times 10^4/\mu$ L	赤沈 (1時間)
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm/hr

重症度判定に用いる理学所見、血液検査所見については、記載日より直近6か月以内のものを
ご記入ください。

222 一次性ネフローゼ症候群

留意事項 (新規・更新)

A. 成人における主要所見 (診断時)

P2

検査年月	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月	<div style="background-color: yellow; padding: 5px;"> ←いずれの時期でも良い (診断基準を満たす所見) </div>
血清アルブミン値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dL	
尿蛋白 g/gCr	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/gCr	

<診断のカテゴリー>

P4

ネフローゼの診断基準 (低アルブミン血症、高度蛋白尿) を満たし、明らかな原因疾患がない	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
低アルブミン血症	<input type="checkbox"/> 成人の場合、血清アルブミン値 3.0g/dL 以下 <input type="checkbox"/> 小児の場合、血清アルブミン値 2.5g/dL 以下
高度蛋白尿	<input type="checkbox"/> 成人の場合、蛋白尿 3.5g/日以上 (随時尿において尿蛋白/尿クレアチニン比が 3.5g/gCr 以上の場合もこれに準ずる) <input type="checkbox"/> 小児の場合、夜間蓄尿で 40mg/hr/m ² 以上または早朝尿で尿蛋白クレアチニン比 2.0g/gCr 以上

P2の検査年月は診断時等、いずれの時期でも構いません。診断基準に関する事項の主要所見は、診断基準を満たす所見の記載をお願いします。

300 IgG4関連疾患 ①

(300-1 ~ 300-5に共通)

留意事項 (新規・更新)

P4

■ 重症度分類に関する事項

- ステロイド依存性 (十分量のステロイド治療を行い寛解導入したが、ステロイド減量や中止で臓器障害が再燃し、離脱できない場合)
- ステロイド抵抗性 (十分量のステロイド治療を行い寛解導入できず、臓器障害が残る場合)
- いずれにも該当しない

臓器障害の程度

- 腎臓：CKD 重症度分類ヒートマップが示す重症度
- 胆道：閉塞性黄疸が持続し、ステント挿入が必要
- 膵臓：閉塞性黄疸が解除できず、ステント挿入が必要、または膵石などを伴う重度の膵外分泌機能不全
- 呼吸器：PaO₂ が 60Torr 以下の低酸素血症が持続する
- 後腹膜・血管：尿路の閉塞が持続する、血尿
- 下垂体：ホルモンの補償療法が必要

IgG4関連疾患の重症度の考え方は下記のとおりです。
・ステロイド治療開始後6か月を経過した後、ステロイド依存性またはステロイド抵抗性により、臓器障害が残るものを重症度を満たすと判定します。

IgG4関連疾患と診断されても、ステロイド治療開始後6か月以内は重症度を満たしませんのでご注意ください。

臓器障害について、重症度分類に列記されていない臓器において臓器障害が残ると判断された場合は、P3の特記所見欄に記載してください。

300 IgG4関連疾患 ②

(300-1 包括基準)

留意事項 (新規)

■ 診断基準に関する事項

P2

A. 症状・所見

1. 臨床的に単一または複数臓器に特徴的なびまん性あるいは限局性腫大、腫瘤、結節、肥厚性病変を認める	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 血液学的に高 IgG4 血症 (135mg/dL 以上) を認める	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
3. 病理組織診断	<input type="checkbox"/> 1. 施行 (生検・手術) <input type="checkbox"/> 2. 未施行
	施行の場合、以下の①と②を認める
	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明 ① 組織所見：著明なリンパ球、形質細胞の浸潤と線維化を認める ② IgG4 陽性形質細胞浸潤：IgG4/IgG 陽性細胞比 40%以上、かつ IgG4 陽性形質細胞が 10/HPF を超える

包括基準(300-1)の認定には、病理組織診断の施行が必要です。