

11-2 結節性動脈周囲炎（顕微鏡的多発血管炎） 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)	
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)										
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) 4.往診あり 5.入通院なし 6.その他(____)				
	ありの場合(続柄)				(最近6か月)						
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 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		毛細血管/細・小動脈の壊死性血管炎の存在 1.あり 2.なし 3.不明								
臨床症状 (経過中陽性を示した臨床症状)											
全身症状			皮膚症状			精神神経症状					
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		皮下結節 紫斑, 出血斑 潰瘍・梗塞(含爪床部) 指趾壊疽 レイノー現象 リベドー	1.あり 2.なし 3.不明		意識障害 痙攣発作 片麻痺 脳出血 脳梗塞 脳神経症状 (視神経除く) 脊髄障害	1.あり 2.なし 3.不明				
関節・筋症状			鼻・耳症状			腎症状					
関節痛(炎) 筋肉痛(炎) 筋萎縮 筋力低下	1.あり 2.なし 3.不明		鼻出血 鼻閉塞 鞍鼻 副鼻腔炎 中耳炎	1.あり 2.なし 3.不明		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				
眼症状			消化器症状			その他					
虹彩炎・ぶどう膜炎 上強膜炎 結膜炎 失明・視力低下 眼底出血・白斑	1.あり 2.なし 3.不明		消化管出血 腹膜炎 腸閉塞 腸梗塞	1.あり 2.なし 3.不明		肝梗塞 脾梗塞 膵梗塞	1.あり 2.なし 3.不明				
呼吸器症状											
喀血・血痰 喘息 肺出血 胸膜炎 肺梗塞 間質性肺炎/肺線維症 X線写真にて 結節状/索状陰影 びまん性浸潤陰影 呼吸不全	1.あり 2.なし 3.不明										
心症状											
心外膜炎 狭心症 心筋梗塞 心伝導障害 心不全	1.あり 2.なし 3.不明										

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 ⁴ /mm ³ 白血球数 _____ /mm ³ 血小板数 _____ ×10 ⁴ /mm ³ 好酸球数 _____ /mm ³ 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 CRP _____ mg/dl	RF _____ IU/ml (基準値：< _____) γグロブリン _____ g/dl IgE _____ IU/ml HBs 抗原 1. 陽性 2. 陰性 3. 不明 (方法 _____) HCV 抗体 1. 陽性 2. 陰性 3. 不明 (方法 _____) 尿蛋白 1. あり 2. なし 3. 不明 尿沈渣 赤血球数増多 1. あり 2. なし 3. 不明 白血球数増多 1. あり 2. なし 3. 不明 赤血球円柱 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 ANCA (IF) P-ANCA 1. 陽性 2. 陰性 3. 不明 C-ANCA 1. 陽性 2. 陰性 3. 不明 ANCA (ELISA) MPO-ANCA (_____) EU (基準値：< _____) PR3-ANCA (_____) EU (基準値：< _____) 抗GBM抗体 _____ IU/ml (基準値 _____) 血中免疫複合体 _____ mg/ml (基準値 _____)																	
鑑別診断 (以下の疾患を鑑別をすること。)																			
① 結節性多発動脈炎 ② ウェゲナー肉芽腫症 ③ アレルギー性肉芽腫性血管炎 ④ 川崎病血管炎 ⑤ 膠原病 (SLE, RAなど) ⑥ 紫斑病血管炎	1. 鑑別できる 2. 鑑別できない 1. 鑑別できる 2. 鑑別できない 1. 鑑別できる 2. 鑑別できない 1. 鑑別できる 2. 鑑別できない 1. 鑑別できる 2. 鑑別できない 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	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%;">薬物</td> <td style="width:15%;">①ステロイド剤</td> <td>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)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>②免疫抑制剤</td> <td>1. シクロホスファミド 2. アザチオプリン 3. メトトレキサート 4. その他 (_____) (シクロホスファミドの場合：投与方法 _____ 投与量 _____ mg/日)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>③その他</td> <td>(_____)</td> </tr> <tr> <td>外科的手術</td> <td></td> <td>1. あり 部位 (_____) 2. なし</td> </tr> <tr> <td>血漿交換</td> <td></td> <td>1. あり 2. なし</td> </tr> <tr> <td>血液透析</td> <td></td> <td>1. あり 2. なし</td> </tr> </table>	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. メトトレキサート 4. 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	(_____)	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
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. メトトレキサート 4. 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	(_____)																	
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 (主要臓器障害) 1. 腎 2. 肺 3. 心 4. 消化器 5. 神経	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																			

11-2 結節性動脈周囲炎（顕微鏡的多発血管炎） 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)
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(____))						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 (新たに行っ たものがあ れば記載)	病理学的検査の有無	1.あり (検査年月 平成 年 月) 2.なし 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	毛細血管/細・小動脈の壊死性血管炎の存在 1.あり 2.なし 3.不明						
臨床症状 (最近1年以内の状況)								
全身症状		皮膚症状		精神神経症状				
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	皮下結節 紫斑, 出血斑 潰瘍・梗塞(含爪床部) 指趾壊疽 レイノー現象 リペドー	1.あり 2.なし 3.不明	意識障害 痙攣発作 片麻痺 脳出血 脳梗塞 脳神経症状 (視神経除く) 脊髄障害	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
関節・筋症状		鼻・耳症状		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				
関節痛(炎) 筋肉痛(炎) 筋萎縮 筋力低下	1.あり 2.なし 3.不明	鼻出血 鼻閉塞 鞍鼻 副鼻腔炎 中耳炎	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	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり 2.なし 3.不明
眼症状		消化器症状		腎症状				
虹彩炎・ぶどう膜炎 上強膜炎 結膜炎 失明・視力低下 眼底出血・白斑	1.あり 2.なし 3.不明	消化管出血 腹膜炎 腸閉塞 腸梗塞	1.あり 2.なし 3.不明	急性腎不全 急速進行性腎炎 慢性腎不全	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
呼吸器症状		その他		肝梗塞 脾梗塞 膵梗塞				
喀血・血痰 喘息 肺出血 胸膜炎 肺梗塞 間質性肺炎/肺線維症 X線写真にて 結節状/索状陰影 びまん性浸潤陰影 呼吸不全	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	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
心症状								
心外膜炎 狭心症 心筋梗塞 心伝導障害 心不全	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 赤血球数 _____ ×10 ⁴ /mm ³ 白血球数 _____ /mm ³ 血小板数 _____ ×10 ⁴ /mm ³ 好酸球数 _____ /mm ³ 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 CRP _____ mg/dl	尿蛋白 1.あり 2.なし 3.不明 尿沈渣 赤血球数増多 1.あり 2.なし 3.不明 白血球数増多 1.あり 2.なし 3.不明 赤血球円柱 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	ANCA (IF) P-ANCA 1.陽性 2.陰性 3.不明 C-ANCA 1.陽性 2.陰性 3.不明 ANCA (ELISA) MPO-ANCA () EU (基準値: <) PR3-ANCA () EU (基準値: <)
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.メトトレキサート 4.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 () 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	
(日常生活の程度) 1. 自立 2. 半介助 3. 全面介助 4. 入院中		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		
印		
記載年月日: 平成 年 月 日		