31　原発性胆汁性肝硬変　臨床調査個人票　（1.新規）

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 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 ありの場合（続柄　）	受診状況 （最近６か月）	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（　）				

発症と経過（具体的に記述）

【WISH入力不要】

臨床症状	最近６か月以内の状況 （平成　年　月　日）	診断時（昭和・平成　年　月）	合併症
自他覚症状			1.あり　1.シェーグレン症候群 2.関節リウマチ 3.慢性甲状腺炎 4.その他の自己免疫疾患 5.その他（　） 2.なし 3.不明
皮膚掻痒感	1.あり　2.なし	1.あり　2.なし　3.不明	
黄疸	1.あり　2.なし	1.あり　2.なし　3.不明	
食道胃静脈瘤	1.あり　2.なし	1.あり　2.なし　3.不明	
腹水	1.あり　2.なし	1.あり　2.なし　3.不明	
肝性脳症	1.あり　2.なし	1.あり　2.なし　3.不明	
その他	1.あり　2.なし （　）	1.あり　2.なし　3.不明 （　）	

検査年月（検査年月　平成　年　月）（最近６か月以内のものを記入してください。）

ＡＳＴ（ＧＯＴ）＿＿＿ IU/l　総ビリルビン＿＿＿＿ mg/dl

ＡＬＴ（ＧＰＴ）＿＿＿ IU/l　総コレステロール＿＿＿ mg/dl

γＧＴＰ＿＿＿＿ IU/l　アルブミン＿＿＿＿ g/dl

ＡＬＰ＿＿＿＿ IU/l　ＩｇＭ＿＿＿＿ mg/dl

抗ミトコンドリア抗体（ＡＭＡ）
免疫蛍光法　1.陰性 2.陽性（　）倍
ELISA法　1.陰性 2.陽性（　）インデックス

抗核抗体
免疫蛍光法　1.陰性 2.陽性（　）倍

組織検査　1.あり（検査年月　平成　年　月）　2.なし　3.不明

慢性非化膿性破壊性胆管炎（CNSDC）　1.あり　2.なし　3.不明

組織学的病期　Scheuer 分類　1.Ⅰ期　2.Ⅱ期　3.Ⅲ期　4.Ⅳ期　5.不明

＜Scheuer 分類＞同一組織標本内に種々の時期の病変を同時に認める場合がある。
Ⅰ期：中等大小葉間胆管ないし隔壁胆管に慢性非化膿性破壊性胆管炎（CNSDC）を認める。
Ⅱ期：細胆管増殖が著明で、小葉間胆管の消失を認める。
Ⅲ期：炎症所見は軽減し、種々の程度の線維化を認める。
Ⅳ期：肝硬変

診断年月（平成　年　月）　下記の該当番号に○をつける。

皮膚掻痒感、黄疸、食道胃静脈瘤、腹水、肝性脳症など肝障害に基づく自他覚症状を認め、

下記１～３のいずれかの所見がある。

1.組織学的に慢性非化膿性破壊性胆管炎（CNSDC）を認め、検査所見が原発性胆汁性肝硬変として矛盾しない。

2.抗ミトコンドリア抗体（ＡＭＡ）陽性で、組織学的にはCNSDCを認めないが、原発性胆汁性肝硬変に矛盾しない組織像を示す。

3.組織学的検査の機会はないが、ＡＭＡが陽性で、臨床像及び経過から原発性胆汁性肝硬変と考えられる。

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

31　原発性胆汁性肝硬変　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 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　年　月	
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】

臨床症状	最近６か月以内の状況 （平成　年　月　日）	診断時（昭和・平成　年　月）	合併症
自他覚症状			1.あり　1.シェーグレン症候群 2.関節リウマチ 3.慢性甲状腺炎 4.その他の自己免疫疾患 5.その他（　） 2.なし 3.不明
皮膚掻痒感	1.あり　2.なし	1.あり　2.なし　3.不明	
黄疸	1.あり　2.なし	1.あり　2.なし　3.不明	
食道胃静脈瘤	1.あり　2.なし	1.あり　2.なし　3.不明	
腹水	1.あり　2.なし	1.あり　2.なし　3.不明	
肝性脳症	1.あり　2.なし	1.あり　2.なし　3.不明	
その他	1.あり　2.なし （　）	1.あり　2.なし　3.不明 （　）	

検査年月（検査年月：平成　年　月）（最近６か月以内のものを記入してください。）

ＡＳＴ（ＧＯＴ）＿＿＿ IU/l　総ビリルビン ＿＿＿＿ mg/dl

ＡＬＴ（ＧＰＴ）＿＿＿ IU/l　総コレステロール ＿＿＿ mg/dl

γＧＴＰ ＿＿＿＿ IU/l　アルブミン ＿＿＿＿ g/dl

ＡＬＰ ＿＿＿＿ IU/l　ＩｇＭ ＿＿＿＿ mg/dl

抗ミトコンドリア抗体（AMA）
免疫蛍光法　1.陰性 2.陽性（　）倍
ELISA法　1.陰性 2.陽性（　）インデックス

抗核抗体
免疫蛍光法　1.陰性 2.陽性（　）倍

主な治療状況

	開始年月	中止年月
薬物療法（用量は現時点のものを記入）		
薬品名 / 用量		
／ mg／日	昭和・平成　年　月	1.現在も投与中　2.中止（昭和・平成　年　月中止）
／ mg／日	昭和・平成　年　月	1.現在も投与中　2.中止（昭和・平成　年　月中止）
／ mg／日	昭和・平成　年　月	1.現在も投与中　2.中止（昭和・平成　年　月中止）
その他の併用薬	昭和・平成　年　月	1.現在も投与中　2.中止（昭和・平成　年　月中止）
薬物療法以外の治療		
	昭和・平成　年　月	1.現在も治療中　2.中止（昭和・平成　年　月中止）

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