

13 大動脈炎症候群 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		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】								
最近 6 か月間の経過	1. 治癒 2. 軽快 3. 不変 4. 徐々に悪化 5. 急速に悪化 6. 不明 7. その他 (____)							
疾患の分類	1. 弓分岐閉塞型 2. 異型大動脈縮窄型 3. 混合型 4. 拡張型 (動脈瘤型) 5. 不明							
病 型 分 類	1. I 2. IIa 3. IIb 4. III 5. IV 6. V (注参照) 冠動脈病変 (C) 1. あり 2. なし 肺動脈病変 (P) 1. あり 2. なし							
	(注) タイプ I : 大動脈弓分枝血管の病変を有するもの タイプ IIa : 上行大動脈, 大動脈弓ならびにその分枝血管に病変を有するもの タイプ IIb : 上行大動脈, 大動脈弓ならびにその分枝血管, 胸部下行大動脈に病変を有するもの タイプ III : 胸部下行大動脈, 腹部大動脈, 腎動脈に病変を有するもの タイプ IV : 腹部大動脈かつ/又は腎動脈病変を有するもの タイプ V : 上行大動脈, 大動脈弓ならびにその分枝血管, 胸部下行大動脈に加え, 腹部大動脈かつ/又は腎動脈病変を有するもの 更に冠動脈に病変をもつもの (C) ならびに肺動脈病変を有するもの (P)							
診 断 の 根 拠	1. 画像診断による血管病変の確認 2. 上肢乏血症状 (脈なし, 血圧左右差) 3. 頭部乏血症状 (失明, 視力障害など) 4. その他 (____)							
重 症 度	1. I 度 2. II 度 3. III 度 4. IV 度 5. V 度 (注参照)							
	(注) I 度: 大動脈炎症候群 (高安病) と診断しうる自覚的 (脈なし, 頸部痛, 微熱, めまい, 失神発作など), 他覚的 (炎症反応陽性, γ グロブリン上昇, 上肢血圧左右差, 血管雑音, 高血圧など) 所見が認められ, かつ血管造影 (CT, MRI, MRA を含む) にても病変の存在が認められる。ただし, 特に治療を加える必要もなく経過観察するか, あるいはステロイド剤を除く治療を短期間加える程度 II 度: 上記症状, 所見が確認され, ステロイド剤を含む内科療法にて軽快あるいは経過観察が可能 III 度: ステロイド剤を含む内科療法, あるいはインターベンション (PTA), 外科的療法にもかかわらず, しばしば再発を繰り返す, 病変の進行, あるいは遷延が認められる。 IV 度: 患者の予後を決定する重大な合併症 (大動脈弁閉鎖不全症, 動脈瘤形成, 腎動脈, 虚血性心疾患, 肺梗塞) が認められ, 強力な内科的, 外科的治療を必要とする。 V 度: 重篤な臓器機能不全 (うっ血性心不全, 心筋梗塞, 呼吸機能不全を伴う肺梗塞, 脳血管障害 (出血, 脳梗塞), 白内障, 腎不全, 精神障害) を伴う合併症を有し, 厳重な治療, 観察を必要とする。							
発症時の主訴								
経 過	経過が進行性の病変で 1. ある 2. ない 3. 不明							
臨 床 症 状	頭部虚血症状	1. めまい 2. 頭痛 3. 失神発作 4. 片麻痺 5. 咬筋疲労						
	眼 症 状	1. 失明 2. 一過性視力障害 3. 持続性視力障害 4. 眼前暗黒感						
	上 肢 症 状	1. 脈なし 2. 血圧左右差 (10mmHg 以上) 3. 易疲労感 4. 冷感 5. しびれ感						
	心 症 状	1. 息切れ 2. 動悸 3. 胸部圧迫感						
	呼 吸 器 症 状	1. 血痰 2. 呼吸困難						
	高 血 圧	1. あり 2. なし						
	下 肢 症 状	1. 間欠跛行 (1. あり 2. なし)						
	全 身 症 状	1. 発熱 2. 全身倦怠感 3. 易疲労感						
理 学 的 所 見	脈拍異常 (1. あり 2. なし) 心雑音 (1. あり 2. なし)							
生 化 学 的 検 査	検査日 (平成 年 月 日)							
	赤沈値	____ mm/60 分 (1. 20 未満 2. 20 ~50 未満 3. 50 以上)						
	CRP	____ mg/dl (1. 1 未満 2. 1 ~3 未満 3. 3 以上)						
	白血球数	____ /mm <sup>3</sup>	免疫グロブリン	____ g/dl	赤血球数	____ ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>		

合 併 症	(A) 大動脈弁閉鎖不全 1. あり 2. なし 大動脈径(弁直上) _____ mm カラードプラ法による大動脈弁逆流評価 1. わずかな逆流 2. 僧帽弁前尖まで(軽度) 3. 乳頭筋まで(中等度) 4. 心尖部まで(重度) 弁変化 1. あり 2. なし
	(B) 虚血性心疾患 (1. あり 2. なし) 心電図所見：( )
	(C) 眼症状 (1. あり 2. なし) 白内障 (1. あり 2. なし) 眼底所見 (1. あり 2. なし)
	(D) 大動脈瘤 (1. あり 2. なし) 解離性大動脈瘤 (1. あり 2. なし)
	(E) 腎障害 (1. あり 2. なし)
	(F) 高血圧 (1. あり 2. なし) 腎動脈狭窄 (1. あり 2. なし)
	(G) 脳虚血発作 (1. あり 2. なし) (ある場合は 1. 脳血栓 2. 脳出血 3. その他)
画 像 検 査	1. CT 2. DSA 3. MRA 4. 血管造影 5. 胸部単純撮影 検査日(平成 年 月 日) (動脈撮影フィルムを添付してください。) 血管造影所見 動脈閉塞(狭窄) 1. あり ( _____ 動脈) 2. なし 動脈拡張(動脈瘤) 1. あり ( _____ 動脈) 2. なし
鑑 別 診 断	① 動脈硬化症 1. 鑑別できる 2. 鑑別できない ② 炎症性腹部大動脈瘤 1. 鑑別できる 2. 鑑別できない ③ 血管型ベーチェット病 1. 鑑別できる 2. 鑑別できない ④ 梅毒性中膜炎 1. 鑑別できる 2. 鑑別できない ⑤ 巨細胞性動脈炎 1. 鑑別できる 2. 鑑別できない ⑥ 先天性血管異常 1. 鑑別できる 2. 鑑別できない ⑦ 細菌性動脈瘤 1. 鑑別できる 2. 鑑別できない
治 療	(内 科) ステロイド剤 1. あり(1. 注射 2. 内服) 2. なし ありの場合 プレドニゾロン換算 _____ mg/日 その他 ( ) 抗血小板療法 1. あり 2. なし 抗凝固療法 1. あり 2. なし 免疫抑制剤 1. あり 2. なし (手術歴) 1. あり 2. なし 手 術： _____ 施行：平成 年 月 (カテーテルインターベンション) 1. あり 2. なし 部 位： _____ 施行：平成 年 月
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	

13 大動脈炎症候群 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(____)) 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 年 2.平成 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.不明 7.その他( )						
疾患の分類	1.弓分岐閉塞型 2.異型大動脈縮窄型 3.混合型 4.拡張型(動脈瘤型) 5.不明						
診断の根拠	1.画像診断による血管病変の確認 2.上肢乏血症状(脈なし, 血圧左右差) 3.頭部乏血症状(失明, 視力障害など) 4.その他( )						
重 症 度 (最近1年以内)	初診時 : 1. I度 2. II度 3. III度 4. IV度 5. V度 (注参照) 現在 : 0. 大動脈炎症候群(高安病)と診断しうる自覚的・多覚的所見が認められず、 血管造影(CT, MRI, MRAを含む)でも重篤な血管病変を認めない。 1. I度 2. II度 3. III度 4. IV度 5. V度 (注参照)						
	(注) I度:大動脈炎症候群(高安病)と診断しうる自覚的(脈なし、頸部痛、微熱、めまい、失神発作など)、他覚的(炎症反応陽性、γグロブリン上昇、上肢血圧左右差、血管雑音、高血圧など)所見が認められ、かつ血管造影(CT, MRI, MRAを含む)にても病変の存在が認められる。ただし、特に治療を加える必要もなく経過観察するか、あるいはステロイド剤を除く治療を短期間加える程度 II度:上記症状、所見が確認され、ステロイド剤を含む内科療法にて軽快あるいは経過観察が可能 III度:ステロイド剤を含む内科療法、あるいはインターベンション(PTA)、外科的療法にもかかわらず、しばしば再発を繰り返し、病変の進行、あるいは遷延が認められる。 IV度:患者の予後を決定する重大な合併症(大動脈弁閉鎖不全症、動脈瘤形成、腎動脈、虚血性心疾患、肺梗塞)が認められ、強力な内科的、外科的治療を必要とする。 V度:重篤な臓器機能不全(うっ血性心不全、心筋梗塞、呼吸機能不全を伴う肺梗塞、脳血管障害(出血、脳梗塞)、白内障、腎不全、精神障害)を伴う合併症を有し、嚴重な治療、観察を必要とする。						
発症時の主訴							
経 過	経過が進行性の病変で 1.ある 2.ない 3.不明						
臨 床 症 状 (最近1年以内)	頭部虚血症状 1.めまい 2.頭痛 3.失神発作 4.片麻痺 5.咬筋疲労 眼 症 状 1.失明 2.一過性視力障害 3.持続性視力障害 4.眼前暗黒感 上肢症状 1.脈なし 2.血圧左右差(10mmHg以上) 3.易疲労感 4.冷感 5.しびれ感 心 症 状 1.息切れ 2.動悸 3.胸部圧迫感 呼吸器症状 1.血痰 2.呼吸困難 高血圧 1.あり 2.なし 下肢症状 1.間欠跛行(1.あり 2.なし) 全身症状 1.発熱 2.全身倦怠感 3.易疲労感						
理 学 的 所 見 (最近1年以内)	脈拍異常 (1.あり 2.なし)			心雑音 (1.あり 2.なし)			
生 化 学 的 検 査 (最近1年以内)	検査日(平成 年 月 日) 赤沈値 _____ mm/60分 (1.20未満 2.20~50未満 3.50以上) CRP _____ mg/dl (1.1未満 2.1~3未満 3.3以上) 白血球数 _____ /mm <sup>3</sup> 免疫グロブリン _____ g/dl 赤血球数 _____ ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>						

合 併 症 (最近1年以内)	(A) 大動脈弁閉鎖不全 1. あり 2. なし 大動脈径(弁直上) _____ mm カラードプラ法による大動脈弁逆流評価 1. わずかな逆流 2. 僧帽弁前尖まで(軽度) 3. 乳頭筋まで(中等度) 4. 心尖部まで(重度) 弁変化 1. あり 2. なし
	(B) 虚血性心疾患 (1. あり 2. なし) 心電図所見：( ) (C) 眼症状 (1. あり 2. なし) 白内障 (1. あり 2. なし) 眼底所見 (1. あり 2. なし) (D) 大動脈瘤 (1. あり 2. なし) 解離性大動脈瘤 (1. あり 2. なし) (E) 腎障害 (1. あり 2. なし) (F) 高血圧 (1. あり 2. なし) 腎動脈狭窄 (1. あり 2. なし) (G) 脳虚血発作 (1. あり 2. なし) (ある場合は 1. 脳血栓 2. 脳出血 3. その他)
画 像 検 査 (最近1年以内)	1. CT 2. DSA 3. MRA 4. 血管造影 5. 胸部単純撮影 検査日(平成 年 月 日) (動脈撮影フィルムを添付してください。) 血管造影所見 動脈閉塞(狭窄) 1. あり ( _____ 動脈) 2. なし 動脈拡張(動脈瘤) 1. あり ( _____ 動脈) 2. なし
治 療 (最近1年以内)	(内 科) ステロイド剤 1. あり(1. 注射 2. 内服) 2. なし ありの場合 プレドニゾロン換算 _____ mg/日 その他 ( ) 抗血小板療法 1. あり 2. なし 抗凝固療法 1. あり 2. なし 免疫抑制剤 1. あり 2. なし (手術歴) 1. あり 2. なし 手術： _____ 施行：平成 年 月 (カテーテルインターベンション) 1. あり 2. なし 部 位： _____ 施行：平成 年 月
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