

14 ビュルガー病 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 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)						
家 族 歴	1. あり 2. なし 3. 不明 ありの場合 (続柄)		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 ()			
診 断	1. 確実 2. 疑い (診断根拠:) (平成 年 月 日)						
喫 煙 歴	1. あり () 本/日 × () 年 (1. 20 本 /日以下 2. 21 本/日以上 3. やめた) 2. なし						
重 症 度	1. 1 度 2. 2 度 3. 3 度 4. 4 度 5. 5 度 (注参照)						
	(注) 1 度: 患肢皮膚温の低下、しびれ、冷汗、皮膚色調変化 (蒼白、虚血性紅潮など) を呈する患者であるが、禁煙も含む日常のケア、又は薬物療法などで社会生活・日常生活に支障のないもの。 2 度: 上記の症状と同時に間歇性跛行 (主として足底筋群、足部、下腿筋) を有する患者で薬物療法などで社会生活・日常生活上の障害が許容範囲内にあるもの。 3 度: 指趾の色調変化 (蒼白、チアノーゼ) と限局性の小潰瘍や壊死又は3度以上の間歇性跛行を伴う患者。通常の保存療法のみでは、社会生活に許容範囲を超える支障があり、外科療法の相対的適応となる。 4 度: 指趾の潰瘍形成により疼痛 (安静時疼痛) が強く、社会生活・日常生活に著しく支障をきたす。薬物療法は相対的適応となる。したがって入院加療を要することもある。 5 度: 激しい安静時疼痛とともに、壊死、潰瘍が憎悪し、入院加療にて強力な内科的、外科的治療を必要とするもの。 (入院加療: 点滴、鎮痛、包帯交換、外科的処置など)						
発症時の主訴							
罹 患 部 位	1. 上肢 (1. 右 2. 左 3. 両側) 2. 下肢 (1. 右 2. 左 3. 両側)						
臨 床 症 状			初診時 (昭和・平成 年 月)		現 在 (平成 年 月)		
	四肢の冷感、しびれ感、レイノー現象 間歇性跛行 指趾の安静時疼痛 指趾の潰瘍 壊死 遊走性静脈炎 (皮下静脈の発赤、硬結、疼痛など) 皮膚の潰瘍 その他 ()		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		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		
合 併 症	1. あり (1. 動脈硬化 2. 糖尿病 3. 心疾患 4. 腎疾患 5. 脳血管障害 6. 肝疾患 7. 内臓動脈閉塞 8. その他 ()) 2. なし						

検査所見	下肢 ABI (ankle/brachial pressure index) (検査日 平成 年 月 日) 左 _____ 右 _____ 四肢、指趾の皮膚温低下 (サーモグラフィーによる皮膚温測定、近赤外線分光計による皮膚・組織酸素代謝測定) 1. あり (検査日 平成 年 月 日) 部位 _____ 2. なし 末梢動脈拍動減弱、消失 1. あり (検査日 平成 年 月 日) 部位 _____ 2. なし 動脈造影所見 (検査 平成 年 月 日) 新規申請時には動脈撮影フィルムを添付してください。 閉塞 1. あり 2. なし 3. 不明 四肢末梢主幹動脈の多発性分節的閉塞が認められる 1. はい 2. いいえ 3. 不明 二次血栓の延長により慢性閉塞の像を示す 1. はい 2. いいえ 3. 不明 虫喰い像、石灰沈着などの動脈硬化性変化が認められない 1. はい 2. いいえ 3. 不明 閉塞は途絶状、先細り状閉塞となる 1. はい 2. いいえ 3. 不明 側副血行路とし、ブリッジ状あるいはコイル状側副血行路がみられる 1. はい 2. いいえ 3. 不明 閉塞部位 上肢 { 鎖骨下動脈 (1. 右 2. 左 3. 両側 4. なし) 腋窩動脈 (1. 右 2. 左 3. 両側 4. なし) 上腕動脈 (1. 右 2. 左 3. 両側 4. なし) 前腕動脈 (1. 右 2. 左 3. 両側 4. なし) 下肢 { 大動脈 (1. あり 2. なし) 腸骨動脈 (1. 右 2. 左 3. 両側 4. なし) 膝窩動脈 (1. 右 2. 左 3. 両側 4. なし) 下腿動脈 (1. 右 2. 左 3. 両側 4. なし)
	① 閉塞性動脈硬化症 1. 鑑別できる 2. 鑑別できない ② 外傷性動脈血栓症 1. 鑑別できる 2. 鑑別できない ③ 膝窩動脈補綻症候群 1. 鑑別できる 2. 鑑別できない ④ 膝窩動脈外膜嚢腫 1. 鑑別できる 2. 鑑別できない ⑤ SLE の閉塞性血管病変 1. 鑑別できる 2. 鑑別できない ⑥ 強皮症の閉塞性血管病変 1. 鑑別できる 2. 鑑別できない ⑦ 血管パーチエット 1. 鑑別できる 2. 鑑別できない
治療 (今後6か月以内の予定を含む)	薬物治療 抗血小板薬 1. あり (用量: /日) 2. なし 抗凝固薬 1. あり (用量: /日) 2. なし 血管拡張剤 1. あり (用量: /日) 2. なし その他 1. あり (薬品名:) (用量: /日) 2. なし 1. あり (薬品名:) (用量: /日) 2. なし 手術歴 (1. あり 2. なし) 血行再建術 1. あり (術式名:) (平成 年 月 日) 2. なし 肢(指趾)切断術 1. あり (1. major 2. minor) (平成 年 月 日) 2. なし 交感神経節切除/ブロック 1. あり (平成 年 月 日) 2. なし
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	

14 ビュルガー病 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(____))						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:) (平成 年 月 日)						
喫 煙 歴	1.あり()本/日×()年(1.20本/日以下 2.21本/日以上 3.やめた) 2.なし						
重 症 度 (最近1年以内)	初診時 : 1.1度 2.2度 3.3度 4.4度 5.5度(注参照) 現 在 : 1.1度 2.2度 3.3度 4.4度 5.5度(注参照)						
	(注) 1度:患肢皮膚温の低下、しびれ、冷汗、皮膚色調変化(蒼白、虚血性紅潮など)を呈する患者であるが、禁煙も含む日常のケア、又は薬物療法などで社会生活・日常生活に支障のないもの。 2度:上記の症状と同時に間歇性跛行(主として足底筋群、足部、下腿筋)を有する患者で薬物療法などで社会生活・日常生活上の障害が許容範囲内にあるもの。 3度:指趾の色調変化(蒼白、チアノーゼ)と限局性の小潰瘍や壊死又は3度以上の間歇性跛行を伴う患者。通常の保存療法のみでは、社会生活に許容範囲を超える支障があり、外科療法の相対的適応となる。 4度:指趾の潰瘍形成により疼痛(安静時疼痛)が強く、社会生活・日常生活に著しく支障をきたす。薬物療法は相対的適応となる。したがって入院加療を要することもある。 5度:激しい安静時疼痛とともに、壊死、潰瘍が憎悪し、入院加療にて強力な内科的、外科的治療を必要とするもの。(入院加療:点滴、鎮痛、包帯交換、外科的処置など)						
臨 床 症 状 (最近1年以内)			初診時		現 在		
			(昭和・平成 年 月)		(平成 年 月)		
	四肢の冷感、しびれ感、レイノー現象		1.あり 2.なし 3.不明		1.あり 2.なし 3.不明		
	間歇性跛行		1.あり 2.なし 3.不明		1.あり 2.なし 3.不明		
	指趾の安静時疼痛		1.あり 2.なし 3.不明		1.あり 2.なし 3.不明		
	指趾の潰瘍		1.あり 2.なし 3.不明		1.あり 2.なし 3.不明		
	壊死		1.あり 2.なし 3.不明		1.あり 2.なし 3.不明		
	遊走性静脈炎(皮下静脈の発赤、硬結、疼痛など)		1.あり 2.なし 3.不明		1.あり 2.なし 3.不明		
皮膚の潰瘍		1.あり 2.なし 3.不明		1.あり 2.なし 3.不明			
その他 ()		1.あり 2.なし 3.不明		1.あり 2.なし 3.不明			

