

084 サルコイドーシス

■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	---	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
住所								
生年月日	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	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性) <input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方) <input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ <input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入							
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

社会保障	
介護認定	<input type="checkbox"/> 1. 要介護 <input type="checkbox"/> 2. 要支援 <input type="checkbox"/> 3. なし
要介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
生活状況	
移動の程度	<input type="checkbox"/> 1. 歩き回るのに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 寝たきりである
身の回りの管理	<input type="checkbox"/> 1. 洗面や着替えに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 自分でできない
ふだんの活動	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 行うことができない
痛み／不快感	<input type="checkbox"/> 1. ない <input type="checkbox"/> 2. 中程度ある <input type="checkbox"/> 3. ひどい
不安／ふさぎ込み	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. 中程度 <input type="checkbox"/> 3. ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる

■ 診断基準に関する事項

A. 症状・所見（新規）

臨床症状・所見	<input type="checkbox"/> 1. あり *1の場合、以下より選択 <input type="checkbox"/> 2. なし
	<input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 神経
	<input type="checkbox"/> 臓器非特異的全身症状 <input type="checkbox"/> 胸郭外リンパ節 <input type="checkbox"/> その他の臓器
	*その他の臓器を選択した場合、以下に記入

B. 検査所見（新規） *小数点も1文字として記入する

特徴的検査所見：再燃例は前回の検査年月を記載	
以下の5項目中2項目以上の所見がある	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
1. 両側肺門縦隔リンパ節腫脹（BHL）	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未検
	再燃の場合：前回
	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月

2. 血清アンジオテンシン I 転換酵素 (ACE) 活性上昇または血清リゾチーム値上昇	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未検 *1 の場合、以下より選択
	<input type="checkbox"/> ACE <input type="checkbox"/> リゾチーム
	再燃の場合：前回
	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
3. 血清可溶性インターロイキン 2 レセプター値上昇	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未検
	再燃の場合：前回
	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
4. ⁶⁷ Ga シンチグラフィまたは ¹⁸ F-FDG/PET における著明な集積所見	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未検 *1 の場合、以下より選択
	<input type="checkbox"/> ⁶⁷ Ga シンチグラフィ <input type="checkbox"/> ¹⁸ F-FDG/PET
	再燃の場合：前回
	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
5. 気管支肺胞洗浄液のリンパ球比率上昇または CD4/CD8 比の上昇	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未検
	再燃の場合：前回
	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月

C. 臓器病変を強く示唆する臨床所見 (新規)

呼吸器、眼、心臓の 3 臓器のうち 2 臓器以上で、各臓器病変を強く示唆する臨床所見が陽性	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
1. 呼吸器病変を強く示唆する臨床所見	<input type="checkbox"/> 1. あり (少なくとも以下 a、b の 1 つが陽性の場合) <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未検 *1 の場合、以下より選択
	<input type="checkbox"/> a. 両側肺門縦隔リンパ節腫脹
	<input type="checkbox"/> b. 気管支血管束周囲間質の肥厚やリンパ路に沿った多発粒状影

3. 心臓病変を強く示唆する臨床所見	副徴候	a. 心電図で心室性不整脈（非持続性心室頻拍、多源性あるいは頻発する心室期外収縮）、脚ブロック、軸偏位、異常Q波のいずれかの所見	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未検
		b. 心筋血流シンチグラムにおける局所欠損	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未検
		c. 心内膜心筋生検：単核細胞浸潤および中等度以上の心筋間質の線維化	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未検

D. 鑑別診断（新規）

以下の疾病を鑑別して除外する.	<input type="checkbox"/> すべて除外できる <input type="checkbox"/> 除外できないものがある（下記の中で除外できないものを選択する）
<input type="checkbox"/> 1. 悪性リンパ腫	
<input type="checkbox"/> 2. その他のリンパ増殖性疾患	
<input type="checkbox"/> 3. がん（がん性リンパ管症）	
<input type="checkbox"/> 4. ベーチェット病	
<input type="checkbox"/> 5. アミロイドーシス	
<input type="checkbox"/> 6. 多発血管炎性肉芽腫症（GPA）／ウェゲナー肉芽腫	
<input type="checkbox"/> 7. IgG4 関連疾患	
<input type="checkbox"/> 8. ブラウ症候群	
<input type="checkbox"/> 9. 結核	
<input type="checkbox"/> 10. 結核以外の肉芽腫を伴う感染症（非結核性抗酸菌症、真菌症）	
<input type="checkbox"/> 11. 異物、がんなどによるサルコイド反応	
<input type="checkbox"/> 12. ベリリウム肺	
<input type="checkbox"/> 13. じん肺	
<input type="checkbox"/> 14. 過敏性肺炎	
<input type="checkbox"/> 15. 巨細胞性心筋炎	
<input type="checkbox"/> 16. ヘルペス性ぶどう膜炎	
<input type="checkbox"/> 17. HTLV-1 関連ぶどう膜炎	
<input type="checkbox"/> 18. ポスナー・シュロスマン症候群	
<input type="checkbox"/> 19. 環状肉芽腫	
<input type="checkbox"/> 20. 環状弾性線維融解性巨細胞肉芽腫	
<input type="checkbox"/> 21. リポイド類壊死	
<input type="checkbox"/> 22. メルカーソン・ローゼンタール症候群	
<input type="checkbox"/> 23. 顔面播種状粟粒性狼瘡	
<input type="checkbox"/> 24. 酒さ	
<input type="checkbox"/> 25. 原発性胆汁性胆管炎	

E. 病理学的所見（新規）

病理学的所見：再燃例は前回の検査年月を記載										
乾酪壊死を伴わない 類上皮細胞肉芽腫病変	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 未検									
	再燃の場合：前回									
	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月									
	<table border="0"> <tr> <td rowspan="3">臓器</td> <td><input type="checkbox"/> リンパ節</td> <td><input type="checkbox"/> 肺</td> <td><input type="checkbox"/> 気管支</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 皮膚</td> <td><input type="checkbox"/> 肝</td> <td><input type="checkbox"/> 筋肉</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 心内膜心筋</td> <td><input type="checkbox"/> その他</td> <td>*その他を選択した場合、以下に記入</td> </tr> </table>	臓器	<input type="checkbox"/> リンパ節	<input type="checkbox"/> 肺	<input type="checkbox"/> 気管支	<input type="checkbox"/> 皮膚	<input type="checkbox"/> 肝	<input type="checkbox"/> 筋肉	<input type="checkbox"/> 心内膜心筋	<input type="checkbox"/> その他
臓器	<input type="checkbox"/> リンパ節		<input type="checkbox"/> 肺	<input type="checkbox"/> 気管支						
	<input type="checkbox"/> 皮膚		<input type="checkbox"/> 肝	<input type="checkbox"/> 筋肉						
	<input type="checkbox"/> 心内膜心筋	<input type="checkbox"/> その他	*その他を選択した場合、以下に記入							

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> 組織診断群：A、B、Cのいずれかで1項目以上を満たし、Dが除外され、Eの所見が陽性のもの
<input type="checkbox"/> 臨床診断群：Aの1項目以上があり、Bの5項目中2項目以上であり、Cの呼吸器、眼、 心臓病変3項目中2項目を満たし、Dが除外され、Eの所見が陰性であるもの
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない

症状の概要、経過、特記すべき事項など *250文字以内かつ7行以内

--

臨床所見 (更新)

臨床症状	<input type="checkbox"/> 1. あり *1の場合、以下より選択 <input type="checkbox"/> 2. なし				
	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 痛み (胸痛、関節痛、全身痛)				
		<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 眼症状 <input type="checkbox"/> 皮膚症状 <input type="checkbox"/> 神経症状 <input type="checkbox"/> その他			
呼吸器病変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	神経系病変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
眼病変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	筋病変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
心臓病変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	骨病変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
皮膚病変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし				
その他の臓器病変	<input type="checkbox"/> 1. あり *1の場合、以下より選択 <input type="checkbox"/> 2. なし				
	<input type="checkbox"/> 神経系 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 脾 <input type="checkbox"/> 消化管 <input type="checkbox"/> 腎				
	<input type="checkbox"/> 胸郭外リンパ節 (表在リンパ節、腹腔内リンパ節)				
		<input type="checkbox"/> 外分泌腺 (唾液腺、涙腺) <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 筋 <input type="checkbox"/> その他			

■ 発症と経過 (新規)

発見動機	<input type="checkbox"/> 1. 健康診断 <input type="checkbox"/> 2. 自覚症状 <input type="checkbox"/> 3. 他疾患受診中 <input type="checkbox"/> 4. 再燃 <input type="checkbox"/> 5. 不明
経過 (最近6か月の経過)	<input type="checkbox"/> 1. 軽快 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 徐々に悪化 <input type="checkbox"/> 4. 急速に悪化

■ 治療その他

現在の治療状況 (今後6か月の予定の治療も含む)	
副腎皮質ステロイド薬の全身投与 (後部テノン嚢下注射を含む)	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	プレドニゾロン換算最大量 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
	治療効果 <input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明

免疫抑制薬の全身投与	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	種類	
	最大投与量	
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
難治性病態 (慢性呼吸不全、続発緑内障、慢性心不全、神経・筋障害、著しい全身症状) の治療	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	薬剤名	
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
非薬物療法 (ペースメーカーなど)	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	治療法	
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明

■ 重症度分類に関する事項

臓器病変数	<input type="checkbox"/> 1. 1 または 2 臓器病変 (1) <input type="checkbox"/> 2. 3 臓器病変以上または心臓病変 (2)
治療の必要性 (全身ステロイド治療、 全身免疫抑制薬治療)	<input type="checkbox"/> 1. 治療なし (0) <input type="checkbox"/> 2. 必要性はあるが治療なし (1) <input type="checkbox"/> 3. 治療予定または治療あり (2)
サルコイドーシスに 関連した各種臓器の 身体障害の認定	<input type="checkbox"/> 1. 身体障害なし (0) <input type="checkbox"/> 2. 身体障害 3 級または 4 級 (1) <input type="checkbox"/> 3. 身体障害 1 級または 2 級 (2)
合計スコア	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
重症度 (重症度 III、IV を対象)	<input type="checkbox"/> 1. 重症度 I (スコア 1) <input type="checkbox"/> 2. 重症度 II (スコア 2) <input type="checkbox"/> 3. 重症度 III (スコア 3 または 4) <input type="checkbox"/> 4. 重症度 IV (スコア 5 または 6)

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

使用の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり
開始時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月

離脱の見込み	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
種類	<input type="checkbox"/> 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器			
施行状況	<input type="checkbox"/> 1. 間欠的施行 <input type="checkbox"/> 2. 夜間に継続的に施行 <input type="checkbox"/> 3. 一日中施行 <input type="checkbox"/> 4. 現在は未施行			
生活状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	車椅子とベッド間の移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 軽度介助	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能	
	トイレ動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能	
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 軽度介助	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 不能
	着替え	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排便コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助

医療機関名												
指定医番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
医療機関所在地												
電話番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	*ハイフンを除き、左詰めで記入
医師の氏名	印 ※自筆または押印のこと											
記載年月日	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

- 病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、診断基準上に特段の規定がない場合には、いずれの時期のものを用いても差し支えありません。（ただし、当該疾病の経過を示す臨床症状等であって、確認可能なものに限りです。）
- 治療開始後における重症度分類については、適切な医学的管理の下で治療が行われている状態で、直近6か月間で最も悪い状態を記載してください。
- 診断基準、重症度分類については、
「指定難病に係る診断基準及び重症度分類等について」（平成26年11月12日健発1112第1号健康局長通知）を参照の上、ご記入ください。
- 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。