

047 バージャー病

■ 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. 主要所見

理学所見	
拡張期 血圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg
収縮期 血圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg
罹患部位	上肢の罹患部位 <input type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左 <input type="checkbox"/> 3. 両側 <input type="checkbox"/> 4. その他の部位 <small>*4 を選択の場合、以下に記入</small>
	下肢の罹患部位 <input type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左 <input type="checkbox"/> 3. 両側 <input type="checkbox"/> 4. その他の部位 <small>*4 を選択の場合、以下に記入</small>
四肢の冷感、しびれ感、レイノー現象	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
潰瘍	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	<input type="checkbox"/> 手指 <input type="checkbox"/> 足趾

動脈閉塞	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明	遊走性 静脈炎 (皮下静脈の 発赤、硬結、 疼痛など)	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明
壊死	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明	間歇性跛行	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明
指趾の 安静時 疼痛	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明		
合併症			
糖尿病	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明	動脈硬化	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明
冠動脈 疾患	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明	脳血管 障害	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明
内臓動脈 閉塞	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明	肝疾患	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明
腎障害	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明	高脂血症	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明
高血圧症	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明	血栓性 静脈炎	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明
その他の臓器障害	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明		
	部位		
自由記載 *50文字以内かつ3行以内			

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

動脈造影・所見				
閉塞部位				
鎖骨下動脈	<input type="checkbox"/> 1.右	<input type="checkbox"/> 2.左	<input type="checkbox"/> 3.両側	<input type="checkbox"/> 4.なし
上腕動脈	<input type="checkbox"/> 1.右	<input type="checkbox"/> 2.左	<input type="checkbox"/> 3.両側	<input type="checkbox"/> 4.なし
腋窩動脈	<input type="checkbox"/> 1.右	<input type="checkbox"/> 2.左	<input type="checkbox"/> 3.両側	<input type="checkbox"/> 4.なし
前腕動脈	<input type="checkbox"/> 1.右	<input type="checkbox"/> 2.左	<input type="checkbox"/> 3.両側	<input type="checkbox"/> 4.なし
大動脈	<input type="checkbox"/> 1.右	<input type="checkbox"/> 2.左	<input type="checkbox"/> 3.両側	<input type="checkbox"/> 4.なし
膝窩動脈	<input type="checkbox"/> 1.右	<input type="checkbox"/> 2.左	<input type="checkbox"/> 3.両側	<input type="checkbox"/> 4.なし
腸骨動脈	<input type="checkbox"/> 1.右	<input type="checkbox"/> 2.左	<input type="checkbox"/> 3.両側	<input type="checkbox"/> 4.なし

下腿動脈	<input type="checkbox"/> 1. 右	<input type="checkbox"/> 2. 左	<input type="checkbox"/> 3. 両側	<input type="checkbox"/> 4. なし
大腿動脈	<input type="checkbox"/> 1. 右	<input type="checkbox"/> 2. 左	<input type="checkbox"/> 3. 両側	<input type="checkbox"/> 4. なし
四肢主幹動脈の多発性分節的閉塞が認められる	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ	<input type="checkbox"/> 3. 不明	
二次血栓の延長による慢性閉塞の像を示す	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ	<input type="checkbox"/> 3. 不明	
動脈硬化性変化が認められない (虫喰い像、石灰沈着など)	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ	<input type="checkbox"/> 3. 不明	
閉塞は途絶状、先細り状閉塞である	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ	<input type="checkbox"/> 3. 不明	
側副血行路として、ブリッジ状あるいは コイル状側副血行路がみられる	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ	<input type="checkbox"/> 3. 不明	
ABI 検査	<input type="checkbox"/> 1. 実施		<input type="checkbox"/> 2. 非実施	
	右			
	左			
TBI 検査	<input type="checkbox"/> 1. 実施		<input type="checkbox"/> 2. 非実施	
	右			
	左			

C. 鑑別診断

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。 除外できた疾病には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可	<input type="checkbox"/> 2. 除外不可	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 1. 閉塞性動脈硬化症	<input type="checkbox"/> 2. 外傷性動脈血栓症	<input type="checkbox"/> 3. 膝窩動脈捕捉症候群	
<input type="checkbox"/> 4. 膝窩動脈外膜嚢腫	<input type="checkbox"/> 5. 膠原病	<input type="checkbox"/> 6. 血管ベーチェット病	
<input type="checkbox"/> 7. 胸郭出口症候群	<input type="checkbox"/> 8. 心房細動		

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> Definite 1: 本症発症時、以下の5項目を満たし、C.鑑別診断で他疾患が全て除外できる
<input type="checkbox"/> Definite 2: 本症発症時、以下の1、5と、3と4のいずれかの計3項目以上を満たし、C.鑑別診断で他疾患が全て除外できる
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない
<input type="checkbox"/> 1. 50歳未満の発症 <input type="checkbox"/> 2. 喫煙歴を有する（間接喫煙を含む） <input type="checkbox"/> 3. 膝窩動脈以下の閉塞がある <input type="checkbox"/> 4. 上肢の動脈閉塞がある、または遊走性静脈炎の既往がある <input type="checkbox"/> 5. 高血圧症、高脂血症、糖尿病を合併しない

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

■ 発症と経過

喫煙歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. やめた <input type="checkbox"/> 3. なし		
	*1を選択の場合、以下に記入		
	1日の本数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	本
	喫煙年数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年
	*2を選択の場合、以下に記入		
	1日の本数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	本
喫煙年数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	
受動喫煙	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. 過去にあり <input type="checkbox"/> 3. なし		
	*1を選択の場合、以下に記入		
	年数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年
	*2を選択の場合、以下に記入		
年数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	
う歯、歯周病	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. 治療済み <input type="checkbox"/> 3. なし		

■ 治療その他

薬物療法						
血管拡張剤	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明					
	薬剤名					
	用量	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	単位 <input type="checkbox"/> mg/日 <input type="checkbox"/> µg/日
抗血小板療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明					
	薬剤名					
	用量	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	単位 <input type="checkbox"/> mg/日 <input type="checkbox"/> µg/日
抗凝固療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明					
	薬剤名					
	用量	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	単位 <input type="checkbox"/> mg/日 <input type="checkbox"/> µg/日
その他の薬剤	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明					
	薬剤名					
	用量	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	単位 <input type="checkbox"/> mg/日 <input type="checkbox"/> µg/日

外科的治療	
手術歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
血行再建術	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	実施年月 西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	術式
	実施年月 西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	術式
	実施年月 西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
肢（指趾）切断術	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	実施年月 西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	種類 <input type="checkbox"/> 1. major <input type="checkbox"/> 2. minor
	実施年月 西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	種類 <input type="checkbox"/> 1. major <input type="checkbox"/> 2. minor
交感神経節切除／ ブロック	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	実施年月 西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	実施年月 西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月

■ 重症度分類に関する事項

バージャー病の重症度分類	
<input type="checkbox"/> 1度	患肢皮膚温の低下、しびれ、冷感、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、または薬物療法などで社会生活・日常生活に支障のないもの。
<input type="checkbox"/> 2度	1度の症状と同時に間欠性跛行（主として足底筋群、足部、下腿筋）を有する患者で、薬物療法などにより、社会生活・日常生活上の障害が許容範囲内にあるもの。
<input type="checkbox"/> 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または重度の間欠性跛行を伴う患者。通常の保存的療法のみでは、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。
<input type="checkbox"/> 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来す。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。
<input type="checkbox"/> 5度	激しい安静時疼痛とともに、壊死、潰瘍が増悪し、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）

■ 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
診断年月日	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ます。）
- ・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。
- ・診断年月日欄には、本臨床調査個人票に記載された内容を診断した日を記載してください。
- ・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。