臨 床 調 査 個 人 票

□ 新規 □ 更新

066　IgA 腎症

■ **患者情報**

保険情報	保険者番号		被保険者記号	
	被保険者番号		被保険者 個人単位枝番	
	資格取得 年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日	＊以降、数字は 右詰めで記入	
氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
以前の登録氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
住所	郵便番号	□□□ － □□□□		
	都道府県			
	市区町村			
	丁目番地等			
生年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日			
性別	□ 男性　□ 女性			
出生地	都道府県			
	市区町村			

■ **基本情報**

家族歴	□ 1. あり　□ 2. なし　□ 3. 不明
	発症者続柄
	□ 1. 父　□ 2. 母　□ 3. 子　□ 4. 同胞（男性） □ 5. 同胞（女性）　□ 6. 祖父（父方）　□ 7. 祖母（父方） □ 8. 祖父（母方）　□ 9. 祖母（母方）　□ 10. いとこ □ 11. その他　＊11 を選択の場合、以下に記入
	続柄
発症時期	西暦 □□□□ 年 □□ 月
社会保障	
介護認定	□ 1. 要介護　□ 2. 要支援　□ 3. なし
要介護度	□ 1　□ 2　□ 3　□ 4　□ 5
生活状況	
移動の程度	□ 1. 歩き回るのに問題はない　□ 2. いくらか問題がある □ 3. 寝たきりである
身の回りの管理	□ 1. 洗面や着替えに問題はない　□ 2. いくらか問題がある □ 3. 自分でできない
ふだんの活動	□ 1. 問題はない　□ 2. いくらか問題がある □ 3. 行うことができない
痛み／不快感	□ 1. ない　□ 2. 中程度ある　□ 3. ひどい
不安／ふさぎ込み	□ 1. 問題はない　□ 2. 中程度 □ 3. ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる
手帳取得状況	
身体障害者手帳	□ 1. なし □ 2. あり（等級 □ 1 級 □ 2 級 □ 3 級 □ 4 級 □ 5 級 □ 6 級）
療育手帳	□ 1. なし　□ 2. あり
精神障害者 保健福祉手帳 （障害者手帳）	□ 1. なし □ 2. あり（等級 □ 1 級 □ 2 級 □ 3 級）
人工呼吸器等装着者認定基準に該当	
□ 1. する　□ 2. しない　□ 3. 不明	

■　診断基準に関する事項

＜診断のカテゴリー＞

☐ Definite：下記所見が観察され、鑑別診断(B-1)の疾病を全て除外できる
☐ 蛍光抗体法または酵素抗体法所見：びまん性にメサンギウム領域を主体とする IgA の顆粒状沈着
☐ Probable：以下の 3 つの所見が認められる
☐ 持続的顕微鏡的血尿　☐ 間欠的または持続的蛋白尿　☐ 血清 IgA 値 315mg/dL 以上
☐ いずれにも該当しない

A．検査所見　＊小数点も 1 文字として記入し、以降の数値ボックスについては全て同様に記載する

尿検査			
肉眼的血尿	☐ 1. あり	☐ 2. なし	☐ 3. 不明
持続的顕微鏡的血尿	☐ 1. あり	☐ 2. なし	☐ 3. 不明
沈渣：赤血球	/HPF		
血液検査			
IgA	□□□□ mg/dL		
腎病理組織検査			
☐ 1. 新規	☐ 2. 更新：確定診断後、過去 1 年間に再生検を実施している場合のみ記載		
再生検実施有無	☐ 1. 実施	☐ 2. 未実施（更新の場合のみ記載）	
検査年月	1. 西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日 ☐ 2. 検査年月日不明		
腎生検所見	IgA 沈着の有無	☐ 1. あり	☐ 2. なし

B．鑑別診断（新規）

1. 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。	☐ 1. 全て除外可	☐ 2. 除外不可	☐ 3. 不明
☐ 1. 紫斑病性腎炎	☐ 2. 肝硬変症	☐ 3. ループス腎炎	
2. 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。	☐ 1. 全て除外可	☐ 2. 除外不可	☐ 3. 不明
☐ 1. 膠原病	☐ 2. 他の血管炎症候群（顕微鏡的多発血管炎、アレルギー性肉芽腫性血管炎）		
☐ 3. 悪性腫瘍	☐ 4. 感染症	☐ 5. 薬剤性血管炎	☐ 6. 抗 GBM 抗体関連疾患
☐ 7. 心房粘液腫	☐ 8. コレステロール塞栓症	☐ 9. その他	

■ **重症度分類に関する事項**

A. CKD 重症度分類ヒートマップ	□ 緑　□ 黄　□ オレンジ　□ 赤
①GFR 区分（mL/分/1.73 ㎡）	□ G1（正常または高値：≧90） □ G2（正常または軽度低下：60～89） □ G3a（軽度～中等度低下：45～59） □ G3b（中等度～高度低下：30～44） □ G4（高度低下：15～29） □ G5（末期腎不全（ESKD）：＜15）
②蛋白尿区分 尿蛋白定量（g/日）あるいは 尿蛋白/Cr 比（g/gCr）	□ A1（正常　0.15 未満） □ A2（軽度蛋白尿　0.15～0.49） □ A3（高度蛋白尿　0.50 以上）
B. 蛋白尿	□ 1. 0.5（g/日あるいは g/gCr）以上 □ 2. 0.5（g/日あるいは g/gCr）未満
C. 腎生検施行例の組織学的重症度	□ I　□ II　□ III　□ IV　□ 不明

eGFR	□□□□□ mL/分/1.73㎡		
1 日蛋白量	□□□□□ g/日	尿蛋白 g/gCr	□□□□□ g/gCr

■ **症状の概要、経過、特記すべき事項など　＊500 文字以内**

■ その他の事項

発症と経過

入院回数		
1年間の原疾患および合併症による入院回数		□□□ 回
経過		
経過の状態	経過が進行性の病変で	□ 1. ある　□ 2. ない
	最近1年間の変化	
	その他	

主要所見（新規）

身体所見			
身長	□□□ cm	体重	□□□ kg
脈拍	□□□ 回/分	浮腫	□ 1. あり　□ 2. なし　□ 3. 不明
収縮期血圧	□□□ mmHg	拡張期血圧	□□□ mmHg

腎・泌尿器症状			
急速進行性糸球体腎炎	□ 1. あり	□ 2. なし	□ 3. 不明
ネフローゼ症候群	□ 1. あり	□ 2. なし	□ 3. 不明
急性腎不全	□ 1. あり	□ 2. なし	□ 3. 不明
急速に進行する腎不全	□ 1. あり	□ 2. なし	□ 3. 不明
慢性腎不全	□ 1. あり	□ 2. なし	□ 3. 不明
合併症			
高血圧	□ 1. あり	□ 2. なし	□ 3. 不明
その他の合併症			

検査所見（新規）

尿検査			
定性：蛋白	□ 1.あり	□ 2.なし	□ 3.不明
尿蛋白定性	□ 1）±	□ 2）＋	□ 3）2＋	□ 4）3＋
定性：潜血	□ 1.あり	□ 2.なし	□ 3.不明
沈渣異常	□ 1.あり	□ 2.なし	□ 3.不明
沈渣：白血球	□ 1.あり	□ 2.なし	□ 3.不明
沈渣：赤血球円柱	□ 1.あり	□ 2.なし	□ 3.不明
沈渣：白血球円柱	□ 1.あり	□ 2.なし	□ 3.不明
沈渣：顆粒円柱	□ 1.あり	□ 2.なし	□ 3.不明
尿路感染	□ 1.あり	□ 2.なし	□ 3.不明
血液検査			
赤血球	□□□□ ×10^4/μL	ヘモグロビン	□□□□ g/dL
ヘマトクリット	□□.□ %	血小板	□□□□□ ×10^4/μL
総蛋白	□□□□ g/dL	アルブミン	□□□□ g/dL
尿素窒素	□□□□ mg/dL		
クレアチニン	□□□□□ mg/dL		
	クレアチニンの上昇	□ 1.あり	□ 2.なし	□ 3.不明
シスタチンC	□□□□ mg/L	C3	□□□□ mg/dL
MPO-ANCA	□□□□□ IU/mL	基準値	□□□□□ IU/mL
	結果	□ 1.陽性	□ 2.陰性	□ 3.不明
PR3-ANCA	□□□□□ IU/mL	基準値	□□□□□ IU/mL
	結果	□ 1.陽性	□ 2.陰性	□ 3.不明
C-ANCA	結果	□ 1.陽性	□ 2.陰性	□ 3.不明
P-ANCA	結果	□ 1.陽性	□ 2.陰性	□ 3.不明

抗GBM抗体	□□□□□ IU/mL	基準値	□□□□□ IU/mL	
	結果	□ 1.陽性	□ 2.陰性	□ 3.不明
電解質異常	□ 1.あり	□ 2.なし	□ 3.不明	
骨ミネラル異常	□ 1.あり	□ 2.なし	□ 3.不明	
腎病理組織検査				
腎生検所見	総糸球体数	□□□ 個	細胞性半月体	□□.□ %
	線維細胞性半月体	□□.□ %	線維性半月体	□□.□ %
	全節性硬化	□□.□ %	分節性硬化	□□.□ %
	光顕所見：巣状分節性からびまん性全節性までのメサンギウム増殖性変化が主体であるが、半月体、分節性硬化、全節性硬化など多彩な病変が見られる	□ 1.あり	□ 2.なし	□ 3.不明
	電顕所見：メサンギウム基質内、特にパラメサンギウム領域を中心とする高電子密度物質の沈着	□ 1.あり	□ 2.なし	□ 3.不明
急性・慢性病変	□ 1.A	□ 2.C	□ 3.A/C	□ 4.なし □ 5.不明
Oxford分類	メサンギウム細胞増多	□ 1.M0	□ 2.M1	□ 3.不明
	分節性硬化	□ 1.S0	□ 2.S1	□ 3.不明
	管内細胞増多	□ 1.E0	□ 2.E1	□ 3.不明
	尿細管萎縮・間質線維化	□ 1.T0	□ 2.T1	□ 3.T2 □ 4.不明
	半月体	□ 1.C0	□ 2.C1	□ 3.C2 □ 4.不明

治療その他

扁摘	□ 1.あり	□ 2.なし	□ 3.不明
ステロイド（ステロイドパルス、経口ステロイド）	□ 1.あり	□ 2.なし	□ 3.不明
ステロイド以外の免疫抑制剤	□ 1.あり	□ 2.なし	□ 3.不明
	ありの場合薬剤名		

抗凝固薬（ヘパリン、ワーファリン）	☐ 1.あり	☐ 2.なし	☐ 3.不明
抗血小板薬	☐ 1.あり	☐ 2.なし	☐ 3.不明
ACE 阻害薬	☐ 1.あり	☐ 2.なし	☐ 3.不明
ARB	☐ 1.あり	☐ 2.なし	☐ 3.不明
他の降圧薬（Ca 拮抗薬、α遮断薬、β遮断薬、その他）	☐ 1.あり	☐ 2.なし	☐ 3.不明
利尿薬（サイアザイド系利尿薬、ループ利尿薬、その他）	☐ 1.あり	☐ 2.なし	☐ 3.不明
抗アルドステロン薬	☐ 1.あり	☐ 2.なし	☐ 3.不明
脂質代謝改善薬（スタチン、その他）	☐ 1.あり	☐ 2.なし	☐ 3.不明
尿酸降下薬	☐ 1.あり	☐ 2.なし	☐ 3.不明

透析療法	☐ 1.あり　☐ 2.なし　☐ 3.不明	
	導入年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日
腎移植	☐ 1.あり　☐ 2.なし　☐ 3.不明	
	導入年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日
その他の治療法	☐ 1.あり　☐ 2.なし　☐ 3.不明	
	ありの場合 治療法	

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

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

医療機関名	
指定医番号	□□□□□□□□□□
医療機関所在地	
電話番号	□□□□□□□□□□□ ＊ハイフンを除き、左詰めで記入
医師の氏名	
記載年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日
診断年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 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。

■ **行政記載欄**

担当自治体				
受理日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日			
公費負担者番号	□□□□□□□□			
認定結果	□ 認定　□ 不認定			
研究同意の有無	□ 有　□ 無			
受給者番号	□□□□□□□			
有効期限	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日			
階層区分	□ 生活保護　□ 低所得Ⅰ　□ 低所得Ⅱ　□ 一般所得Ⅰ □ 一般所得Ⅱ　□ 上位所得　□ その他			
軽症者登録	□ 有　□ 無			
保険情報	保険者番号		被保険者記号	
	被保険者番号		被保険者 個人単位枝番	
	資格取得 年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日		