

095 自己免疫性肝炎

■ 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"/>	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"/>							
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			
身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	体重	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
臨床症状			
診断日	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		
黄疸	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	食道胃静脈瘤	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
腹水	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	肝性脳症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
肝濁音界	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 縮小 <input type="checkbox"/> 3. 消失 <input type="checkbox"/> 4. 不明		
その他	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	内容		

合併症			
シェーグレン症候群	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	関節リウマチ	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
慢性甲状腺炎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	その他の自己免疫疾患	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
肝細胞癌	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
その他	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	内容		

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

血液・生化学検査等（簡易型スコアと国際診断スコア内容を確認）			
検査日	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		
ALT	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L	AST	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L
γGTP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L	ALP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L
<input type="checkbox"/> ALP:AST 又は <input type="checkbox"/> ALP:ALT	値	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	
総ビリルビン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	アンモニア	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> μg/dL
<input type="checkbox"/> 血清グロブリン 又は <input type="checkbox"/> IgG	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL		
	正常上限値との比		
血小板	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ×10 ⁴ /μL	プロトロンビン時間	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> %
PT-INR	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>		

組織検査			
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施		
	実施日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
interface hepatitis	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	肝細胞の ロゼット形成	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
リンパ球や形質細胞 優位の細胞浸潤	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	胆管病変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
中心静脈周囲の 肝細胞壊死	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	肝硬変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
他の病変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	病変		
画像検査			
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施		
	実施日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
肝サイズの縮小	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	肝実質の 不均質化	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
その他の検査			
抗核抗体 (ANA)	免疫蛍光法	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 未検	
	免疫蛍光法の数値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 倍	
抗平滑筋抗体 (SMA)	免疫蛍光法	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 未検	
	免疫蛍光法の数値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 倍	
他の自己抗体陽性	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 未検		
	抗体		

肝腎マイクロゾーム 抗体 (LKM) (新規)	免疫蛍光法	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 未検
	免疫蛍光法の数値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 倍
抗ミトコンドリア 抗体 (AMA) (新規)	免疫蛍光法	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 未検
	免疫蛍光法の数値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 倍
	ELISA 法	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 未検
	ELISA 法の数値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> インデックス
HLADR3 または DR4 陽性 (新規)	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 *1の場合、以下に記入 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 未検	
肝炎ウイルス マーカー (新規)	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 未検	
	ウイルス名	

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> 典型例：下記の1を満たし、2～5のうち3項目以上を認める
<input type="checkbox"/> 非典型例：下記の1を満たし、2～5のうち1～2項目を認める
<input type="checkbox"/> 1. 他の原因による肝障害が否定される
<input type="checkbox"/> 2. 抗核抗体陽性あるいは抗平滑筋抗体陽性
<input type="checkbox"/> 3. IgG 高値 (>基準値上限 1.1 倍)
<input type="checkbox"/> 4. 組織学的に interface hepatitis や形質細胞浸潤がみられる
<input type="checkbox"/> 5. 副腎皮質ステロイドが著効する
<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

--

■ 重症度分類に関する事項

自己免疫性肝炎診療ガイドライン（2013年）重症度判定	<input type="checkbox"/> 1. 軽症 <input type="checkbox"/> 2. 中等症 <input type="checkbox"/> 3. 重症
組織学的あるいは臨床的に肝硬変と診断される症例	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ

■ 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"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 軽度介助 <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"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 軽度介助 <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。