

臨床調査個人票

☐ 新規 ☐ 更新

095 自己免疫性肝炎

■ 行政記載欄

受給者番号		判定結果	☐ 認定 ☐ 不認定
-------	---	------	--

■ 基本情報

姓（かな）				名（かな）				
姓（漢字）				名（漢字）				
郵便番号								
住所								
生年月日	西暦		年		月		日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	☐ 1. 男 ☐ 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	☐ 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							
発症年月	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

■ 診断基準に関する事項

A. 主要所見

理学所見			
身長	cm	体重	kg
臨床症状			
診断日	西暦 年 月 日		
黄疸	☐ 1. あり ☐ 2. なし	食道胃静脈瘤	☐ 1. あり ☐ 2. なし
腹水	☐ 1. あり ☐ 2. なし	肝性脳症	☐ 1. あり ☐ 2. なし
肝濁音界	☐ 1. 正常 ☐ 2. 縮小 ☐ 3. 消失 ☐ 4. 不明		
その他	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
	内容		

合併症			
シェーグレン症候群	☐ 1. あり ☐ 2. なし	関節リウマチ	☐ 1. あり ☐ 2. なし
慢性甲状腺炎	☐ 1. あり ☐ 2. なし	その他の 自己免疫疾患	☐ 1. あり ☐ 2. なし
肝細胞癌	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
その他	☐ 1. あり ☐ 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 年 月 日		
ALT	IU/L	AST	IU/L
γGTP	IU/L	ALP	IU/L
☐ ALP:AST 又は ☐ ALP:ALT		値	.
総ビリルビン	mg/dL	アンモニア	μg/dL
☐ 血清グロブリン 又は ☐ IgG		mg/dL	
		正常上限値との比	
血小板	×10 ⁴ /μL	プロトロンビン時間	. %
PT-INR	.		

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

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

<診断のカテゴリ>

☐ 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
☐ 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 ☐ 1. 他の原因による肝障害が否定される ☐ 2. 抗核抗体陽性あるいは抗平滑筋抗体陽性 ☐ 3. IgG 高値 (>基準値上限 1.1 倍) ☐ 4. 組織学的に interface hepatitis や形質細胞浸潤がみられる ☐ 5. 副腎皮質ステロイドが著効する
☐ 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

Empty box for clinical summary, history, and special notes
--

■ 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	☐ 1. 軽症 ☐ 2. 中等症 ☐ 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	☐ 1. はい ☐ 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	☐ 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	印 ※自筆または押印のこと											
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。
- ・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。