

095 自己免疫性肝炎

■ 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	<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
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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	都道府県			
	市区町村			
	丁目番地等			
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		
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性			
出生地	都道府県			
	市区町村			

■ 基本情報

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						
発症時期	西暦	<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						
手帳取得状況							
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり（等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級）						
療育手帳	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり						
精神障害者 保健福祉手帳 （障害者手帳）	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり（等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級）						
人工呼吸器等装着者認定基準に該当							
<input type="checkbox"/> 1. する <input type="checkbox"/> 2. しない <input type="checkbox"/> 3. 不明							

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

典型例：下記の1~4のうち3項目以上を認め、5を満たすもの

非典型例：下記の1~4のうち1項目以上を認め、5を満たすもの

1. 抗核抗体陽性あるいは抗平滑筋抗体陽性

2. IgG 高値 (>基準値上限 1.1 倍)

3. 組織学的に interface hepatitis や形質細胞浸潤がみられる

4. 副腎皮質ステロイドが著効する

5. B. 鑑別診断で、他の原因による肝障害が否定される

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

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)			
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
施設上限値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dL	
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
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

B. 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. 肝炎ウイルス、アルコール、薬物による肝障害	<input type="checkbox"/> 2. 他の自己免疫疾患に基づく肝障害など

■ 重症度分類に関する事項

1) 自己免疫性肝炎診療ガイドライン (2021年) 重症度判定	
<input type="checkbox"/> 1. 軽症	臨床所見：①、②、 臨床検査所見：①、②、③のいずれもみられない
<input type="checkbox"/> 2. 中等症	臨床所見：①、②、 臨床検査所見：③が見られず、臨床検査所見：①または②がみられる
<input type="checkbox"/> 3. 重症	臨床所見：①または②がみられる。もしくは臨床検査所見：③がみられる
臨床所見	<input type="checkbox"/> ① 肝性脳症あり <input type="checkbox"/> ② 肝萎縮あり
臨床検査所見	<input type="checkbox"/> ① AST または ALT > 200 U/L <input type="checkbox"/> ② 総ビリルビン > 5mg/dL
	<input type="checkbox"/> ③ プロトロンビン時間 (PT-INR) \geq 1.3
2) 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	

検査所見	
①-1 AST	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> U/L
①-2 ALT	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> U/L
②総ビリルビン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
③ PT-INR	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

■ 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

主要所見 (新規)

理学所見												
身長	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	体重	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	kg	
臨床所見												
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											

検査所見 (新規)

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		
γGTP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L		
ALP	測定法	<input type="checkbox"/> 1. IFCC 法 <input type="checkbox"/> 2. JSCC 法	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L	施設上限値	<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"/>
※ ALP と AST 値との比は、それぞれを正常の上限値で除した比で表される。すなわち、(ALP 値÷ALP 正常上限値)÷(AST 値÷AST 正常上限値)。ALT についても同様に計算する。			
アンモニア	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> μg/dL	血小板	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ×10 ⁴ /μL
血清グロブリン	<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	
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)	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)	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	<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	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 未検	
	ウイルス名	

■ 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												
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。

■ 行政記載欄

担当自治体												
受理日	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
公費負担者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
認定結果	<input type="checkbox"/> 認定			<input type="checkbox"/> 不認定								
研究同意の有無	<input type="checkbox"/> 有			<input type="checkbox"/> 無								
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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
有効期限	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
階層区分	<input type="checkbox"/> 生活保護			<input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ			<input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ			<input type="checkbox"/> 一般所得Ⅰ		
	<input type="checkbox"/> 一般所得Ⅱ			<input type="checkbox"/> 上位所得			<input type="checkbox"/> その他					
軽症者登録	<input type="checkbox"/> 有			<input type="checkbox"/> 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	<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"/>