臨 床 調 査 個 人 票

□ 新規 □ 更新

220　急速進行性糸球体腎炎

■ **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 □□□□ 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（確定診断）：Bの1)と2)を認める場合
□ Possible（疑い）：Aの1)～3)を認める場合
□ いずれにも該当しない

A．主要所見

1)尿所見異常（主として血尿や蛋白尿、円柱尿）を認める	□ 1.該当 □ 2.非該当 □ 3.不明
2)eGFR＜60mL/分/1.73㎡を認める	□ 1.該当 □ 2.非該当 □ 3.不明
3)CRP高値や赤沈促進を認める	□ 1.該当 □ 2.非該当 □ 3.不明
	□ CRP高値 □ 赤沈促進

B．検査所見

1)数週から数か月の経過で急速に腎不全が進行する（目安：3か月以内に30%以上のeGFRの低下）	□ 1.該当 □ 2.非該当 □ 3.不明
2)血尿（多くは顕微鏡的血尿、稀に肉眼的血尿）、蛋白尿、円柱尿などの腎炎性尿所見を認める	□ 1.該当 □ 2.非該当 □ 3.不明
3)腎生検で壊死性半月体形成性糸球体腎炎を認める	□ 1.該当 □ 2.非該当 □ 3.不明

C．鑑別診断

以下項目を鑑別し、全て除外できる。 除外できた項目には☑を記入する。	□ 1.全て除外可 □ 2.除外不可 □ 3.不明
□ 慢性腎不全 □ 高度脱水による腎前性急性腎不全 □ 尿路閉塞による腎後性急性腎不全	

■ 重症度分類に関する事項

□ ア）〔初期・再発時〕急速進行性糸球体腎炎の診断基準を満たす
□ イ）〔維持治療期〕CKD重症度分類ヒートマップで重症（赤）に該当する
□ ウ）腎機能：蛋白尿0.5g/日以上のもの
□ いずれにも該当しない

ア）病型および臨床重症度

①急速進行性糸球体腎炎の病型
☐ MPO-ANCA 陽性　☐ PR3-ANCA 陽性　☐ 抗 GBM 抗体陽性　☐ その他 ＊その他を選択の場合、以下に記入
②急速進行性糸球体腎炎の臨床重症度（Grade）
☐ I　☐ II　☐ III　☐ IV

イ）CKD 重症度分類ヒートマップ

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）

■　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

ア．臨床所見（1年以内）

急速進行性糸球体腎炎の病型	□ 自己抗体（ANCA＝抗好中球細胞質抗体、抗糸球体基底膜抗体、抗核抗体）陽性 □ 免疫複合体の沈着
肺病変	□ 1.あり　□ 2.なし　□ 3.不明
	□ 肺胞出血　□ 間質性肺炎　□ 肺結節影　□ 肺浸潤影

イ．病理所見（1年以内）

病理診断の詳細	□ 1.実施　□ 2.未実施　□ 3.不明		
	□ 腎生検　□ その他　＊その他を選択の場合、以下に記入		
	臓器名		
	施行日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日	
	□ 光顕	観察糸球体数	□□□ 個
		半月体形成率	□□ . □ %
	□ IF所見	□ Pauci-immune　□ Linear　□ Granular　□ その他 ＊その他を選択の場合、以下に記入	
		所見	

ウ．治療その他　＊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

<table>
<tr><td>血漿交換</td><td colspan="3">☐ 1.実施　☐ 2.未実施　☐ 3.不明</td></tr>
<tr><td rowspan="15">使用中のステロイド・免疫抑制薬等と投与量（過去６か月間の最高用量）</td><td colspan="3">☐ 1.実施　☐ 2.未実施　☐ 3.不明</td></tr>
<tr><td rowspan="2">☐ ステロイド内服</td><td>投与量</td><td>□□□□□□ mg/日</td></tr>
<tr><td>投与間隔</td><td>☐ 1.連日　☐ 2.隔日※1</td></tr>
<tr><td rowspan="2">☐ ステロイド内服（自由記載）</td><td>薬剤名</td><td></td></tr>
<tr><td>用法用量</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">☐ ステロイドパルス</td><td>□□□□□□ mg/日</td></tr>
<tr><td colspan="2">☐ シクロスポリン</td><td>□□□□ mg/日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">☐ ミゾリビン</td><td>投与量</td><td>□□□□□□ mg/日</td></tr>
<tr><td>投与間隔</td><td>☐ 1.連日　☐ 2.隔日※1</td></tr>
<tr><td colspan="2">☐ シクロフォスファミド内服</td><td>□□□□□□ mg/日</td></tr>
<tr><td colspan="2">☐ シクロフォスファミドパルス</td><td>□□□□□□ mg/月</td></tr>
<tr><td rowspan="2">☐ リツキシマブ</td><td>投与量※2</td><td>□□□□□□ mg/回</td></tr>
<tr><td>投与間隔</td><td>□□□□ ヶ月</td></tr>
<tr><td colspan="2">☐ ミコフェノール酸モフェチル</td><td>□□□□□□ mg/日</td></tr>
<tr><td colspan="2">☐ アバコパン</td><td>□□□□ mg/日</td></tr>
<tr><td colspan="2">☐ タクロリムス</td><td>□□□□ mg/日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">☐ その他</td><td>薬剤名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>用量</td><td colspan="2">□□□□□□ mg/日</td></tr>
<tr><td colspan="4">※1　隔日投与の場合は、平均せず、投与日における投与量を記入してください。
※2　１回あたりの投与量を記入してください。</td></tr>
</table>

これまでに使用したステロイド・免疫抑制薬等の種類	☐ 1. 実施　☐ 2. 未実施　☐ 3. 不明	
	☐ ステロイド内服　☐ ステロイドパルス　☐ シクロスポリン ☐ ミゾリビン　☐ シクロフォスファミド内服 ☐ シクロフォスファミドパルス　☐ リツキシマブ	
	☐ ミコフェノール酸モフェチル　☐ タクロリムス	
	☐ アバコパン　☐ その他 ＊その他を選択の場合、以下に記入	
	薬剤名	
腎代替療法	☐ 1. 実施　☐ 2. 未実施　☐ 3. 不明	
	導入日	西暦 ☐☐☐☐ 年 ☐☐ 月 ☐☐ 日
	最初に実施した方法	☐ 血液透析　☐ 腹膜透析　☐ 腎移植
	現在の施行状況	☐ 離脱　☐ 継続

■ 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		