

035 天疱瘡

■ 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

診断

☐ 1. 尋常性 ☐ 2. 落葉状 ☐ 3. 腫瘍随伴性 ☐ 4. 増殖性 ☐ 5. 紅斑性 ☐ 6. その他の亜型	*6 を選択の場合、以下に記入

A. 症状

1. 理学所見			
身長	cm	体重	kg
脈拍	回/分	体温	. 度
拡張期血圧	mmHg	収縮期血圧	mmHg

2. 症候		
ニコルスキー現象	☐ 1. あり	☐ 2. なし ☐ 3. 不明
水疱・びらん	皮膚に多発する破れやすい弛緩性水疱	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明
	水疱に続発する進行性、難治性のびらん、ないし鱗屑痂皮性局面	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明
	口腔粘膜を含む可視粘膜部の非感染性水疱、あるいはびらん	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

1. 病理組織学的診断項目		
棘融解による表皮内水疱	☐ 1. あり	☐ 2. なし ☐ 3. 不明
2. 直接蛍光抗体法		
表皮細胞間のIgG (ときに補体)の沈着	☐ 1. あり	☐ 2. なし ☐ 3. 不明
3. 血清中の抗表皮細胞間抗体		
間接蛍光抗体法	☐ 1. 陽性 ☐ 2. 陰性 ☐ 3. 不明	
	陽性の場合 抗体価	倍
抗デスモグレイン抗体価 (ELISA 法またはCLEIA 法)	デスモグレイン 1	☐ 1. 陽性 ☐ 2. 陰性 ☐ 3. 不明
	陽性の場合 抗体価	
	デスモグレイン 3	☐ 1. 陽性 ☐ 2. 陰性 ☐ 3. 不明
	陽性の場合 抗体価	

<診断のカテゴリー>

☐ Definite 1: A-2のうち少なくとも1項目とB-1を満たし、かつB-2、3の項目のうち少なくとも1項目を満たすもの
☐ Definite 2: A-2のうち2項目以上とB-2を満たし、B-3のいずれかの項目を満たすもの
☐ 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

■ 発症と経過

経過		
経過の状態	☐ 1. 治癒 ☐ 2. 軽快 ☐ 3. 不変	
	☐ 4. 徐々に悪化 ☐ 5. 急速に悪化 ☐ 6. その他	
後遺症	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	後遺症の内容	

■ 治療その他

副腎皮質ステロイドの治療	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
	プレドニゾロン換算	mg/日
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明
ステロイドパルス療法	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明
大量ガンマグロブリン静注療法	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明
血漿交換療法	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明
免疫抑制剤の治療	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
	薬剤名	
	投与量	mg/日
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明
その他	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	内容	

頭皮	B 点					
	頭皮	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
参考) びらん／水疱または新しい紅斑						
0 点＝なし 2 点＝1/2 領域に皮疹が限局 4 点＝頭皮全体に認める 1 点＝1/4 領域に皮疹が限局 3 点＝3/4 領域に皮疹が限局 10 点＝少なくとも長径 6cm の皮疹が 1 個以上						
粘膜	C 点					
	眼	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 5	☐ 10
	鼻腔	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 5	☐ 10
	頬粘膜	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 5	☐ 10
	硬口蓋	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 5	☐ 10
	軟口蓋	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 5	☐ 10
	上歯肉	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 5	☐ 10
	下歯肉	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 5	☐ 10
	舌	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 5	☐ 10
	口腔底	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 5	☐ 10
	口唇	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 5	☐ 10
	後咽頭	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 5	☐ 10
	外陰部	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 5	☐ 10
参考) びらん／水疱						
0 点＝なし 5 点＝4 個以上または長径 2cm 以上の粘膜疹が 2 個以上 1 点＝1 個 2 点＝2～3 個 10 点＝領域の全体に認める						

■ 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。