

047 バージャー病

■ 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			
拡張期 血圧	mmHg	収縮期 血圧	mmHg
罹患部位	上肢の罹患部位	☐ 1. 右 ☐ 2. 左 ☐ 3. 両側 ☐ 4. その他の部位 *4 を選択の場合、以下に記入	
	下肢の罹患部位	☐ 1. 右 ☐ 2. 左 ☐ 3. 両側 ☐ 4. その他の部位 *4 を選択の場合、以下に記入	
四肢の冷感、しびれ感、レイノー現象		☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	
潰瘍		☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	
		☐ 手指 ☐ 足趾	

動脈閉塞	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	遊走性 静脈炎 (皮下静脈の 発赤、硬結、 疼痛など)	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明
壊死	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	間歇性跛行	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明
指趾の 安静時 疼痛	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明		
合併症			
糖尿病	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	動脈硬化	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明
冠動脈 疾患	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	脳血管 障害	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明
内臓動脈 閉塞	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	肝疾患	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明
腎障害	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	高脂血症	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明
高血圧症	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	血栓性 静脈炎	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明
その他の臓器障害	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明		
	部位		
自由記載 *50 文字以内かつ 3 行以内			

B. 検査所見 *小数点も 1 文字として記入する

動脈造影・所見				
閉塞部位				
鎖骨下動脈	☐ 1. 右	☐ 2. 左	☐ 3. 両側	☐ 4. なし
上腕動脈	☐ 1. 右	☐ 2. 左	☐ 3. 両側	☐ 4. なし
腋窩動脈	☐ 1. 右	☐ 2. 左	☐ 3. 両側	☐ 4. なし
前腕動脈	☐ 1. 右	☐ 2. 左	☐ 3. 両側	☐ 4. なし
大動脈	☐ 1. 右	☐ 2. 左	☐ 3. 両側	☐ 4. なし
膝窩動脈	☐ 1. 右	☐ 2. 左	☐ 3. 両側	☐ 4. なし
腸骨動脈	☐ 1. 右	☐ 2. 左	☐ 3. 両側	☐ 4. なし

下腿動脈	☐ 1. 右 ☐ 2. 左 ☐ 3. 両側 ☐ 4. なし			
大腿動脈	☐ 1. 右 ☐ 2. 左 ☐ 3. 両側 ☐ 4. なし			
四肢主幹動脈の多発性分節的閉塞が認められる		☐ 1. はい ☐ 2. いいえ ☐ 3. 不明		
二次血栓の延長による慢性閉塞の像を示す		☐ 1. はい ☐ 2. いいえ ☐ 3. 不明		
動脈硬化性変化が認められない (虫喰い像、石灰沈着など)		☐ 1. はい ☐ 2. いいえ ☐ 3. 不明		
閉塞は途絶状、先細り状閉塞である		☐ 1. はい ☐ 2. いいえ ☐ 3. 不明		
側副血行路として、ブリッジ状あるいは コイル状側副血行路がみられる		☐ 1. はい ☐ 2. いいえ ☐ 3. 不明		
ABI 検査	☐ 1. 実施 ☐ 2. 非実施			
	右			
	左			
TBI 検査	☐ 1. 実施 ☐ 2. 非実施			
	右			
	左			

C. 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。	☐ 1. 全て除外可 ☐ 2. 除外不可 ☐ 3. 不明		
☐ 1. 閉塞性動脈硬化症 ☐ 2. 外傷性動脈血栓症 ☐ 3. 膝窩動脈捕捉症候群			
☐ 4. 膝窩動脈外膜嚢腫 ☐ 5. 膠原病 ☐ 6. 血管ベーチェット病			
☐ 7. 胸郭出口症候群 ☐ 8. 心房細動			

<診断のカテゴリー>

☐ Definite 1: 本症発症時、以下の 5 項目を満たし、C. 鑑別診断で他疾患が全て除外できる
☐ Definite 2: 本症発症時、以下の 1、5 と、3 と 4 のいずれかの計 3 項目以上を満たし、C. 鑑別診断で他疾患が全て除外できる
☐ いずれにも該当しない
☐ 1. 50 歳未満の発症 ☐ 2. 喫煙歴を有する（間接喫煙を含む） ☐ 3. 膝窩動脈以下の閉塞がある ☐ 4. 上肢の動脈閉塞がある、または游走性静脈炎の既往がある ☐ 5. 高血圧症、高脂血症、糖尿病を合併しない

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

喫煙歴	☐ 1. あり ☐ 2. やめた ☐ 3. なし		
	*1 を選択の場合、以下に記入		
	1 日の本数		本
	喫煙年数		年
	*2 を選択の場合、以下に記入		
	1 日の本数		本
受動喫煙	☐ 1. あり ☐ 2. 過去にあり ☐ 3. なし		
	*1 を選択の場合、以下に記入		
	年数		年
	*2 を選択の場合、以下に記入		
	年数		年
う歯、歯周病	☐ 1. あり ☐ 2. 治療済み ☐ 3. なし		

■ 治療その他

薬物療法					
血管拡張剤	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明				
	薬剤名				
	用量		単位	☐ mg/日 ☐ µg/日	
抗血小板療法	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明				
	薬剤名				
	用量		単位	☐ mg/日 ☐ µg/日	
抗凝固療法	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明				
	薬剤名				
	用量		単位	☐ mg/日 ☐ µg/日	
その他の薬剤	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明				
	薬剤名				
	用量		単位	☐ mg/日 ☐ µg/日	

外科的治療		
手術歴	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	
血行再建術	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	
	実施年月	西暦 年 月
	術式	
	実施年月	西暦 年 月
	術式	
	実施年月	西暦 年 月
肢（指趾）切断術	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	
	実施年月	西暦 年 月
	種類	☐ 1. major ☐ 2. minor
	実施年月	西暦 年 月
	種類	☐ 1. major ☐ 2. minor
交感神経節切除／ブロック	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	
	実施年月	西暦 年 月
	実施年月	西暦 年 月

■ 重症度分類に関する事項

バージャー病の重症度分類	
☐ 1 度	患肢皮膚温の低下、しびれ、冷感、皮膚色調変化（蒼白、虚血性紅潮など）を呈する患者であるが、禁煙も含む日常のケア、または薬物療法などで社会生活・日常生活に支障のないもの。
☐ 2 度	1 度の症状と同時に間欠性跛行（主として足底筋群、足部、下腿筋）を有する患者で、薬物療法などにより、社会生活・日常生活上の障害が許容範囲内にあるもの。
☐ 3 度	指趾の色調変化（蒼白、チアノーゼ）と限局性の小潰瘍や壊死または重度の間欠性跛行を伴う患者。通常の保存的療法のみでは、社会生活に許容範囲を超える支障があり、外科療法の相対的適応となる。
☐ 4 度	指趾の潰瘍形成により疼痛（安静時疼痛）が強く、社会生活・日常生活に著しく支障を来す。薬物療法は相対的適応となる。したがって入院加療を要することもある。
☐ 5 度	激しい安静時疼痛とともに、壊死、潰瘍が増悪し、入院加療にて強力な内科的、外科的治療を必要とするもの。（入院加療：点滴、鎮痛、包帯交換、外科的処置など）

■ 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

- ・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。
- ・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。