

041 巨細胞性動脈炎

■ 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 : 以下の 5 項目のうち、3 項目以上を満たす	☐ 1. 該当	☐ 2. 非該当
☐ 1. 臨床症状や検査所見の発現が 50 歳以上 ☐ 2. 新たに出現した、または新たな様相の頭部に限局した頭痛 ☐ 3. 側頭動脈の圧痛、または動脈硬化に起因しない側頭動脈の拍動の低下 ☐ 4. 赤沈が 50mm/hr 以上 ☐ 5. 単核球細胞の浸潤または肉芽腫を伴う炎症があり、多核巨細胞を伴う		

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

血液検査		
赤沈		mm/hr
病理診断 (動脈生検)		
診断実施	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
部位	☐ 1. 側頭動脈 ☐ 2. その他 *2 を選択の場合、以下に記入	
血管壁への単核球浸潤 または肉芽腫	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	
多核巨細胞	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	

B. 鑑別診断 (新規)

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. 高安動脈炎	☐ 2. 動脈硬化症	☐ 3. 血管型ベーチェット病	
☐ 4. 梅毒性中膜炎	☐ 5. 感染性動脈瘤	☐ 6. 炎症性腹部大動脈瘤	
☐ 7. 結節性多発動脈炎	☐ 8. 顕微鏡的多発血管炎	☐ 9. 多発血管炎性肉芽腫症	

■ 重症度分類に関する事項

1) または 2) を認める場合を重症とする	☐ 1. 該当	☐ 2. 非該当
☐ 1) 巨細胞性動脈炎による以下のいずれかの臓器障害を有し、かつ巨細胞性動脈炎に対する副腎皮質ステロイドまたは免疫抑制薬を含む薬物治療を必要とする。		
☐ 良好な方の眼の矯正視力が 0.3 未満 ☐ 下肢または上肢の虚血性病変 ☐ 大動脈瘤または大動脈弁閉鎖不全症 ☐ 活動性の頭蓋病変または大動脈病変		
☐ 2) 巨細胞性動脈炎による以下のいずれかの臓器障害を有し、かつ巨細胞性動脈炎に対する外科的治療を必要とする。		
☐ 下肢または上肢の虚血性病変のため壊疽になり、血行再建術若しくは切断が必要なもの、または行ったもの ☐ 胸部・腹部大動脈瘤、大動脈閉鎖不全症が存在し、外科的手術が必要なもの、または外科治療を行ったもの		

■ 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

症状（新規及び更新時に記入、更新時は直近6か月間で最も悪い状態を記載）

経験したことがない局所的頭痛	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	側頭動脈の圧痛	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明
側頭動脈の拍動低下	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	38度以上の発熱が2週間以上持続	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明
視力低下	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	失明	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明
眼底検査で虚血性視神経症の所見	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	上肢の跛行、易疲労感	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明
顎跛行	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	脈なし（上肢）	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明
リウマチ性多発性筋痛症	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	解離性大動脈瘤	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明
脳血管障害	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	大動脈閉鎖不全症	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明

合併症（新規及び更新時に記入、記載時点の状態を記載）

虚血性心疾患	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	心筋梗塞	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明
入院を要する感染症	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	ステロイド糖尿病	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明
脆弱性骨折	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明		

検査所見（新規及び更新時に記入、更新時は直近6か月間で最も悪い状態を記載）

血液検査		
血液検査施行日	西暦 年 月 日	
CRP	mg/dL	
画像検査		
画像検査の種類	☐ 1. 血管エコー ☐ 2. MRA ☐ 3. 造影 CT ☐ 4. 血管造影／DSA ☐ 5. ¹⁸ FDG-PET/PET-CT ☐ 6. その他	
動脈の狭窄・閉塞	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	
	部位	☐ 1. 大動脈 ☐ 2. 総頸動脈領域 ☐ 3. 鎖骨下動脈 ☐ 4. 腋窩動脈以遠 ☐ 5. 腸骨動脈以遠 ☐ 6. 浅側頭動脈 ☐ 7. その他

動脈瘤	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明			
	部位	☐ 1. 大動脈 ☐ 2. 総頸動脈 ☐ 3. 鎖骨下動脈 ☐ 4. その他		
(血管エコーの場合) 側頭動脈周囲の dark halo (浮腫性変化)		☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明		

治療その他

経過				
経過の状態	☐ 1. 再燃あり ☐ 2. 再燃なし			
内科的治療				
ステロイド	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明			
	プレドニゾロン換算最大量	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. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明			
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明		
免疫抑制薬・ 生物学的製剤	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明			
	種類			
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明		
外科的治療				
血管内治療	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明			
	実施日	西暦 年 月 日		
	種類			
血管手術	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明			
	実施日	西暦 年 月 日		
	種類			

■ 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				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		