

221 抗糸球体基底膜腎炎

■ 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 1 : 検査所見の 1) および 2) を認める
☐ Definite 2 : 検査所見の 1) および 3) を認める
☐ いずれにも該当しない

A. 検査所見

	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
1) 腎炎性尿所見を認める	☐ 血尿（顕微鏡的血尿または肉眼的血尿） ☐ 蛋白尿 ☐ 円柱尿
2) 血清抗糸球体基底膜抗体が陽性	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
3) 腎生検において、糸球体係蹄壁に沿った線状の免疫グロブリンの沈着と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 病理診断の詳細（光顕） 観察糸球体数 個 半月体の出現頻度 . %

B. 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

以下のいずれかを満たす	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
☐ ア) CKD 重症度分類ヒートマップで赤に該当する ☐ イ) 腎機能：蛋白尿 0.5g/日以上 ☐ ウ) 当該疾患が原因である肺出血を呈する	



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 m ²)	☐ 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. その他の所見 (1年以内)

1) 腎機能の 急速な低下	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明		
	☐ 血清クレアチニンの 急激な上昇	確認日	西暦 年 月
	☐ 貧血	確認日	西暦 年 月
	☐ その他		
2) 肺胞出血	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明		
	診断日	西暦 年 月	

イ. 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

血漿交換	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施 ☐ 3. 不明		
使用中のステロイド・ 免疫抑制薬と投与量 (過去6か月間の 最高用量)	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施 ☐ 3. 不明		
	☐ ステロイド内服	mg/日	
	☐ ステロイドパルス	mg/日	
	☐ シクロスポリン	mg/日	
	☐ ミゾリビン	mg/日	
	☐ シクロフォスファミド内服	mg/日	
	☐ シクロフォスファミドパルス	mg/月	
	☐ リツキシマブ	mg/月	
	☐ ミコフェノール酸モフェチル	mg/日	
	☐ タクロリムス	mg/日	
	☐ その他	薬剤名	
	用量	mg/日	

これまでに使用した ステロイド・ 免疫抑制薬の種類	☐ 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 ☐ その他		
	＊その他を選択の場合、以下に記入		
	薬剤名		

■ 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		