

223 一次性膜性増殖性糸球体腎炎

■ 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 : Aの病理診断基準を満たし、Bの鑑別診断を除外したもの	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当
---------------------------------------	--

A. 病理診断

メサングウム細胞の軸部増殖、糸球壁への伸展増殖（メサングウム間入）、分葉構造、基底膜様物質による二重化を示す糸球体腎炎	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
電子顕微鏡的形態による分類	☐ I型：高電子密度沈着物が主に基底膜内皮側にみられる ☐ II型：基底膜内にリボン状の濃い高電子密度沈着物を認める ☐ III型：高電子密度沈着物を内皮側だけでなく上皮側にも認める

B. 鑑別診断

以下の疾患を鑑別し、全て除外できる。 除外できた疾患には ☒ を記入する。		☐ 1. 全て除外可 ☐ 2. 除外不可 ☐ 3. 不明
免疫複合体疾患	☐ ループス腎炎 ☐ 紫斑病性腎炎 ☐ その他の疾患 *その他の疾患を選択の場合、以下に記入	
異常蛋白 (パラプロテイン) 血症	☐ クリオグロブリン ☐ 重鎖沈着症 ☐ 軽鎖沈着症 ☐ その他の疾患 *その他の疾患を選択の場合、以下に記入	
感染症	☐ B型・C型肝炎ウイルス ☐ パルボウイルス B19 ☐ 細菌性心内膜炎 ☐ シェント腎炎 ☐ その他の疾患 *その他の疾患を選択の場合、以下に記入	
腫瘍	☐ 悪性リンパ腫 ☐ 白血病 ☐ その他の疾患 *その他の疾患を選択の場合、以下に記入	
肝疾患	☐ 肝硬変 ☐ アンチトリプシン欠損症	

■ 重症度分類に関する事項

- ☐ 1. 小児（18 歳未満）で小児慢性特定疾病の状態の程度に準じる
- ☐ 2. 成人で以下の a～c のいずれかに該当する
- ☐ a. CKD 重症度分類ヒートマップが赤色の部分の患者
- ☐ b. 蛋白尿 0.5g/gCr 以上の場合
- ☐ c. 免疫抑制治療（ステロイド治療を含む）を行っても寛解に至らない、あるいは持続的低補体血症を伴う患者
- ☐ 3. いずれにも該当しない

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）

*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	eGFR		mL/分/1.73m ²
尿検査	1 日蛋白量		g/日
	尿蛋白 g/gCr		g/gCr

■ 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

検査所見（過去6か月以内）（新規）

尿検査	検査年月日	西暦 年 月 日
	尿蛋白	☐ 1) - ☐ 2) ± ☐ 3) + ☐ 4) 2+ ☐ 5) 3+以上
	尿潜血	☐ 1) - ☐ 2) ± ☐ 3) + ☐ 4) 2+ ☐ 5) 3+以上
血液検査	検査年月日	西暦 年 月 日
	総蛋白	g/dL
	アルブミン	g/dL
	クレアチニン	mg/dL
	C3	mg/dL
	C4	mg/dL

治療その他

これまでに使用したステロイド・免疫抑制薬・抗血小板薬等の種類と投与量		☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明
ステロイド治療		
経口ステロイド	初期投与量	mg/日
	維持投与量	mg/日
ステロイド・パルス療法併用	初期投与量	mg/日
	維持投与量	mg/日
経口		
プレドニゾン	初期投与量	mg/日
	維持投与量	mg/日
メチルプレドニゾン	初期投与量	mg/日
	維持投与量	mg/日
デキサメサゾン	初期投与量	mg/日
	維持投与量	mg/日

その他の薬剤	初期投与量		mg/日
	維持投与量		mg/日
	*以下に薬剤名を記入		
	*備考：投与方法に関する注釈があれば記載してください		
カルシニューリン阻害薬			
シクロスポリン	初期投与量		mg/日
	維持投与量		mg/日
タクロリムス	初期投与量		mg/日
	維持投与量		mg/日
アルキル化薬			
経口シクロフォスファミド	初期投与量		mg/日
	維持投与量		mg/日
静注シクロフォスファミド	初期投与量		mg/日
	維持投与量		mg/日
核酸合成阻害薬			
ミゾリビン	初期投与量		mg/日
	維持投与量		mg/日
ミコフェノール酸モフェチル	初期投与量		mg/日
	維持投与量		mg/日
アザチオプリン	初期投与量		mg/日
	維持投与量		mg/日

その他		
リツキサン	初期投与量： 用量	mg/ 日・週
	初期投与量： 単位	☐ 1. 日 ☐ 2. 週
	維持投与量： 用量	mg/ 日・週
	維持投与量： 単位	☐ 1. 日 ☐ 2. 週
その他の薬剤	初期投与量	mg/日
	維持投与量	mg/日
	*以下に薬剤名を記入	
	*備考：投与方法に関する注釈があれば記載してください	
腎代替療法		
☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施 ☐ 3. 不明		
実施の場合 最初に実施した方法	☐ 血液透析 ☐ 腹膜透析 ☐ 腎移植	

■ 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		