

77 悪性高血圧 臨床調査個人票 (案) (1.新規)

資料3-1①

ふりがな			性別	1.男 2.女	生 年 月 日	1.明治 3.昭和	2.大正 4.平成	年 月 日	日生 歳
氏 名									
住 所	郵便番号		電話 ()		出 生 都 道 府 県	発病時在住 都 道 府 県			
発 病 年 月	1.昭和 2.平成	年 月 (満 歳)	初診年月日	1.昭和 2.平成	年 月 日	保 険 種 別	1.協 4.共	2.組 5.国	3.船 6.後
身 体 障 害 者 帳	1.あり (等級 級) 2.なし		介 護 認 定	1.要介護 (要介護度) 2.要支援 3.なし					
生 活 状 況	社会活動 (1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他 ()) 日常生活 (1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助)								
家 族 歴	1.あり 2.なし 3.不明		受 診 状 況	1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院 (/月) ありの場合 (続柄) (最近6か月) 4.往診あり 5.入通院なし 6.その他 ()					

網掛け部分を患者さん(または代理の方)が記入してから医師にお持ちください。

該当の□にレ印を記入し、()内は選択、あるいは詳細を記載してください。

部には具体的に記述してください。

- ① 成因 本態性 二次性 原因疾患 ()
高血圧の家族歴 (有・無・不明) 有の場合続柄 ()

② 発症と経過

③ 血圧の状況 (初診時、および診断時又は最重症時の血圧は必ず記載してください。)

血 圧	初 診 時	診 断 時 又は最重症時	降 圧 薬 治 療 開始後					直 近
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
mmHg	/	/	/	/	/	/	/	/

④ 眼底所見 眼底写真の添付を要す

	診断時又は最重症時 (年 月 日)	降圧薬治療開始後 (年 月 日)	最近6か月以内 (年 月 日)
K W 分 類	度	度	度
乳 頭 浮 腫	有・無	有・無	有・無
網 膜 出 血	有・無	有・無	有・無
そ の 他 所 見			

⑤ 腎機能所見

	診断時又は最重症時 (年 月 日)	降圧薬治療開始後 (年 月 日)	最近6か月以内 (年 月 日)
血 清 C r	mg/dl	mg/dl	mg/dl
血 清 B U N	mg/dl	mg/dl	mg/dl
そ の 他 所 見			

⑥ 高血圧合併症としての脳症状、心症状、その他の臓器障害を記載してください。
①脳症状 (有・無) 有の場合→運動失調 知覚障害 頭痛 めまい 悪心
その他 ()

年月及び具体的所見

②心症状 (有・無) 有の場合→呼吸困難 胸痛 不整脈 その他 ()

年月及び具体的所見

③その他の臓器障害 (有・無)

年月及び具体的所見

⑦ 治療内容について記載してください。

- ① 直近6か月の降圧薬治療実施の有無
 1.あり → 具体的な治療内容 (使用薬、開始時期、反応性など) について、②に記載してください。
 2.なし → 治療歴や今後の治療予定について、その治療内容や開始時期等を②に記載してください。

② 治療内容又は治療予定等

医療機関名	医療機関コード
医療機関所在地	
担当医師 氏名	記載年月日：平成 年 月 日

- (注) 1 病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、認定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。)。
2 治療開始後における重症度分類については、認定基準上に特段の規定がない場合には、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。
3 記入漏れのある場合、鑑別診断が不十分な場合、添付資料に不足がある場合等は認定できないことがあります。
4 臨床調査個人票の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。

77 悪性高血圧 臨床調査個人票(案) (2.更新)

ふりがな			性別	1.男 2.女	生年 月 日	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成	年 月 日生 (満 歳)
氏名							
住所	郵便番号	電話 ()		出生 都道府県	発病時在住 都道府県		
発病年月	1.昭和 2.平成	年 月 (満 歳)	初診年月日	1.昭和 2.平成	年 月 日	保険種別	1.協 2.組 3.船 4.共 5.国 6.後
身障手帳	1.あり(等級__級) 2.なし	介護保険	1.あり(要介護度__) 2.要支援 3.なし				
生活状況	社会活動(1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他())				初回認定年月		
	日常生活(1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助)				1.昭和 2.平成		
家族歴	1.あり 2.なし 3.不明 ありの場合(続柄)		受診状況 (最近1年)	1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院(/月) 4.往診 5.入通院なし 6.その他()			
治療と経過(具体的に記述)							
最近1年の経過(治癒・軽快・不変・徐々に悪化・急速に悪化・その他()) 治療(治療継続・治療中止・経過観察のみ・その他())							
1 成因(□に✓印を記入してください) □本態性 □腎実質性 □腎血管性 □内分泌性 □その他() 原因疾患を具体的に()							
2 血圧の状況							
	診断時	最重症時	最近1年以内	直近			
血圧	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日			
mmHg	/	/	/	/			
3 眼底所見							
	診断時	最重症時	最近1年以内				
	年 月 日	年 月 日	年 月 日				
KW分類	度	度	度				
乳頭浮腫	有・無	有・無	有・無				
網膜出血	有・無	有・無	有・無				
4 血液検査							
	最重症時	最近1年以内					
	年 月 日	年 月 日					
血清Cr	mg/dl	mg/dl					
血清BUN	mg/dl	mg/dl					
Ht	%	%					
5 治療内容について記載してください。							
① 直近6か月の降圧薬治療実施の有無							
□ 1.あり → 具体的な治療内容(使用薬、反応性など)について、②に記載してください							
□ 2.なし → 治療中止時期: 年 月 日							
最近1年間の治療内容、降圧薬治療を中止した理由及び今後の治療予定等について、②に記載してください。							
② 治療内容又は治療予定等							

医療上の問題点							
医療機関名				医療機関コード			
医療機関所在地							
担当医師 氏名		印		記載年月日:平成 年 月 日			

網掛け部分を患者さん(または代理の方)が記入してから医師にお持ちください。

- (注) 1 病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、認定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。)
- 2 治療開始後における重症度分類については、認定基準上に特段の規定がない場合には、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。
- 3 記入漏れのある場合、鑑別診断が不十分な場合、添付資料に不足がある場合等は認定できないことがあります。
- 4 臨床調査個人票の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。

◆悪性高血圧の医療費等助成認定基準◆

(診断基準)

以下の1又は2を満たすもの。
なお、新規申請時のみ、眼底写真の添付を要する。

1 定型的悪性高血圧(下記①から④までを全て満たすもの)

- ① 治療前の拡張期血圧が常に 130mmHg 以上
- ② 眼底所見は KW (Kieth-Wagener) IV度で、乳頭浮腫及び網膜出血を示す。
- ③ 腎機能障害をきたし、腎不全(血清クレアチニン 5.0 mg/dl 以上)に至ったもの
- ④ 全身症状の急激な悪化を示し、特に脳症状(運動失調、知覚障害、頭痛、めまい、悪心など)や心症状(呼吸困難、胸痛、不整脈など)を伴うもの

2 非定型的悪性高血圧(下記①から③までのいずれか1項目を満たすもの)

- ① 拡張期血圧が 120mmHg 以上、130mmHg 未満で、上記1の②、③、④を全て満たすもの
- ② KW III度の高血圧性網膜症(眼底写真添付)で、上記1の①、③、④を全て満たすもの
- ③ 腎機能障害(血清クレアチニン 3.0 mg/dl 以上)はあるが腎不全には至らないもので、上記1の①、②、④を全て満たすもの

(重症度分類等)

悪性高血圧と診断されたもので、降圧薬による継続的な治療を要するものを重症例として対象とする。

裏面に医療費等助成認定基準があります。

受給者 番号								審 査			
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--------	--	--	--

(2013.06)

