

866 肝内結石症 臨床調査個人票 (案) (1.新規)

資料3-4①

ふりがな	氏名		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)		
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
身体障害者 手帳	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)		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□にレ印を記入してください。()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 発症と経過

② 臨床症状

無症状

腹痛 期間 年 月 日 ~ 年 月 日

発熱 期間 年 月 日 ~ 年 月 日

黄疸 期間 年 月 日 ~ 年 月 日、血清総ビリルビン値

胆管炎 期間 年 月 日 ~ 年 月 日、血清総ビリルビン値

重症敗血症

③ 画像診断所見(胆管造影・超音波・CT・MRI等) 所見のコピーの添付を要す 下記に模式図も記載すること

① 胆内結石(有・無)

② 胆管癌(有・無) → 有の場合:検査年月日(最新のもの) 年 月 日

胆道造影(検査年月日) (内視鏡的逆行性胆道造影・経皮経肝胆管造影・内視鏡的逆行性胆道膵管造影・その他())

所見

超音波検査(検査年月日)

所見

CT・MRI(検査年月日)

所見

その他の検査() (検査年月日)

所見

※ 画像診断所見について、以下ご記載ください。

結石の部位 肝内限局 肝内外(肝外の部位と所見を具体的に)

左肝管 右肝管 肝内胆管枝 左葉 右葉 尾状葉

結石の性状 ビリルビンカルシウム石 コレステロール石 その他() 不明

肝区域の萎縮(有・無) 有る場合→左葉:心窩部縦走大動脈上で()cm(萎縮の判定基準:7cm以下)

右葉:右側胸部中腋窩線上で()cm(萎縮の判定基準:9cm以下)

画像診断の模式図()検査

画像診断の模式図()検査

④ 血液検査所見 最近6か月以内は必ず最低1回は記載すること。

	単位	基準値	診断前又は診断時		最近6か月以内	
			年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
AST	IU/l					
ALT	IU/l					
LDH	IU/l					
γ-GTP	IU/l					
ALP	IU/l					
LAP	IU/l					
Alb	g/dl					
T-Bil	mg/dl					
WBC	/μl					
CRP	mg/dl					

⑤ 治療内容

胆道再建術の既往(有・無) → 有の場合(実施日 年 月 日)

その他の具体的な治療内容及びその反応性:

今後の治療予定:

⑥ 重症度分類(記載日前6か月以内の最も悪い状態で評価の上、該当するGradeの□にレ印を必ず記入してください。ただし、Grade2の胆道再建術の既往及びGrade4の胆管癌については、直近6か月以前の場合でも該当とします。)

Grade1 : 無症状

Grade2 : 胆道再建術の既往、腹痛発作、一過性の黄疸(いずれか)

Grade3 : 胆管炎又は1週間以上持続する黄疸

Grade4 : 重症敗血症又は胆管癌

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。

866 肝内結石症 臨床調査個人票 (案) (2. 更新)

資料 3-4②

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	郵便番号		住 所	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 年 月																																																																																			
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 1 年) 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・再燃・その他 ()) 治療 (治療継続・治療中止・経過観察のみ・その他 ())																																																																																									
該当の□に✓印を記入してください。 ()内および.....部には具体的に記載してください。																																																																																									
① 最近 6 か月の臨床症状																																																																																									
<input type="checkbox"/> 無症状 <input type="checkbox"/> 腹痛 期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 黄疸 期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日、血清総ビリルビン値 _____ <input type="checkbox"/> 胆管炎 期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日、血清総ビリルビン値 _____ <input type="checkbox"/> 重症敗血症 経過 _____																																																																																									
② 画像診断所見 (胆管造影・超音波・CT・MRI 等) 最近 1 年以内に実施していれば記載してください。 胆管癌 (有 ・ 無) → 有の場合: 検査年月日 (最新のもの) _____ 年 月 日																																																																																									
③ 血液検査所見 最近 1 年以内、直近 6 か月以内は必ず最低 1 回は記載すること。																																																																																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2">単位</th> <th rowspan="2">基準値</th> <th colspan="4">最近 6 か月以内</th> </tr> <tr> <th>年 月 日</th> <th>年 月 日</th> <th>年 月 日</th> <th>年 月 日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AST</td> <td>IU/l</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ALT</td> <td>IU/l</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>LDH</td> <td>IU/l</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>γ-GTP</td> <td>IU/l</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ALP</td> <td>IU/l</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>LAP</td> <td>IU/l</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Alb</td> <td>g/dl</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>T-Bil</td> <td>mg/dl</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>WBC</td> <td>/μl</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CRP</td> <td>mg/dl</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										単位	基準値	最近 6 か月以内				年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	AST	IU/l						ALT	IU/l						LDH	IU/l						γ-GTP	IU/l						ALP	IU/l						LAP	IU/l						Alb	g/dl						T-Bil	mg/dl						WBC	/μl						CRP	mg/dl					
	単位	基準値	最近 6 か月以内																																																																																						
			年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日																																																																																			
AST	IU/l																																																																																								
ALT	IU/l																																																																																								
LDH	IU/l																																																																																								
γ-GTP	IU/l																																																																																								
ALP	IU/l																																																																																								
LAP	IU/l																																																																																								
Alb	g/dl																																																																																								
T-Bil	mg/dl																																																																																								
WBC	/μl																																																																																								
CRP	mg/dl																																																																																								
④ 治療内容 胆道再建術の既往 (有・無) → 有の場合 (実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日) その他の具体的な治療内容及びその反応性: _____ 今後の治療予定: _____																																																																																									

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。

⑤ 重症度分類 (記載日前 6 か月以内の最も悪い状態で評価の上、該当する Grade の□に✓を必ず記入してください。ただし、Grade2 の胆道再建術の既往及び Grade4 の胆管癌については、直近 6 か月以前の場合でも該当とします。)

Grade1 : 無症状
 Grade2 : 胆道再建術の既往、腹痛発作、一過性の黄疸 (いずれか)
 Grade3 : 胆管炎又は 1 週間以上持続する黄疸
 Grade4 : 重症敗血症又は胆管癌

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

- (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)。
 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。

◆肝内結石症の医療費等助成認定基準◆

(診断基準)

以下の ① について①から③までの 1 項目以上を満たし、かつ、②について①を含む 2 項目以上を満たすもの。
 なお、新規申請時のみ、肝内結石の存在が確認できる画像検査所見 (超音波、CT、MRI、内視鏡的逆行性胆管造影、経皮経肝胆管造影など) のコピーの添付を要する。

① 臨床症状
 ① 腹痛
 ② 発熱
 ③ 黄疸

② 検査所見
 ① 肝内結石の画像検査所見
 ② 白血球増多及び CRP の上昇
 ③ 肝胆道系酵素の上昇

(重症度分類等)

以下の分類により、Grade2 以上となるものを対象とする。
 ただし、Grade2 の胆道再建術の既往及び Grade4 の胆管癌については、直近 6 か月以前の場合でも該当とする。

Grade1 : 無症状
 Grade2 : 胆道再建術の既往、腹痛発作、一過性の黄疸 (いずれか)
 Grade3 : 胆管炎又は 1 週間以上持続する黄疸
 Grade4 : 重症敗血症又は胆管癌

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		
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------	--	--

