

91 びまん性汎細気管支炎 臨床調査個人票 (案) (1.新規)

資料3-6①

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	日生 歳
氏 名								(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) 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 主要症状と胸部理学的所見 (有所見は□にレ印を記入してください。)(①の全項目を満たす場合は陽性とする。)

① 湿性咳嗽 膿性痰 労作時息切れ

② 水泡音 その他ラ音 (_____)

3 合併症・随伴症状 (できる限り耳鼻科診察ないしX線を確認してください。)

慢性副鼻腔炎 (_____ 年 _____ 月頃より) 所見 _____

その他の所見: _____

4 胸部画像所見 胸部X線画像(単純X線、及びCTの両方)の添付を要す
(①のびまん性粒状影又は②を認める場合は陽性とする。)

① 胸部X線所見: 両側びまん性粒状陰影 肺過膨張所見

② 胸部CT所見: 小葉中心性粒状陰影

③ その他のX線所見: _____

5 呼吸機能検査 (①及び④を満たす場合を陽性とする。)

① 1秒率 : _____ % (検査 年 月 日) (70%以下が陽性)

② %肺活量 : _____ % (検査 年 月 日)

③ 残気率 : _____ % (検査 年 月 日)

④ PaO₂ : _____ Torr (検査 年 月 日) (80Torr 以下が陽性)

6 その他の検査所見 (①を満たす場合を陽性とする。)

① 寒冷凝集素価: _____ 倍 (64倍以上が陽性) (検査 年 月 日)

② IgA: _____ mg/dl (検査 年 月 日)

③ 喀痰培養検査 インフルエンザ桿菌 肺炎球菌 緑膿菌
 その他の菌 (_____)

④ HLA-B54 (既実施の場合): (陽性・陰性)

⑤ 組織所見 (既実施の場合): (検査 年 月 日)

7 鑑別疾患 (以下の疾患を鑑別し、全て除外できるものを対象とします。)

以下の疾患を鑑別し、全て除外できる。
(除外不可の場合には、除外できない疾患の□に✓印を記入し、下記に除外できない理由を記載してください。)

慢性気管支炎
 気管支拡張症
 線毛不動症候群
 閉塞性細気管支炎
 嚢胞性線維症
 非結核性抗酸菌症 (本疾患との合併例は除く)
 膠原病合併細気管支炎
 リンパ増殖性疾患合併細気管支炎

全て除外可 除外不可

除外できない理由: _____

8 治療: エリスロマイシンなどの14員環ないし15員環マクロライド療法について

① マクロライド療法の実施の有無

1.あり → 具体的な治療内容(使用薬、治療期間、反応性など)について、②に記載してください。
 2.なし → 今後の治療予定があれば、その治療内容や開始時期について、③に記載してください。

② 治療内容

使用薬剤 (EM・CAM・RXM・AZM)
使用期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 から _____ 年 _____ 月 _____ 日
14員環ないし15員環マクロライド療法の効果 (有・無・不明)
労作時の息切れの改善 (有・無)
胸部X線所見の改善 (有・無・不明)
血液ガス分析の改善 (有・無・不明)
在宅酸素療法 (有・無)
その他の治療 _____

③ 今後の治療予定等 _____

9 重症度分類 (□にレ印を記入してください。)

① 少なくとも6か月以上のマクロライド療法の実施

1.あり → 治療下での評価を、下記の②重症度分類表に記入してください。
 2.なし → 重症度の基準は満たさない。

② 重症度分類表 (各項目の重症度のうち、最も高いものを疾患の重症度とする。)

評価年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (記載日前6か月以内で、最も悪い状態での評価を記入してください。)

重症度	安静時動脈血酸素分圧 (室内気)	症状		日常生活における障害の程度
		咳・痰	mMRC分類	
I度	<input type="checkbox"/> PaO ₂ 80Torr 以上	<input type="checkbox"/> 咳、痰はなし	<input type="checkbox"/> 呼吸症状なし	<input type="checkbox"/> 日常生活活動に支障なし
II度	<input type="checkbox"/> PaO ₂ 70 Torr 以上 80Torr 未満	<input type="checkbox"/> 咳、痰は軽度で痰量は少ない。	<input type="checkbox"/> mMRC Grade 1~2 の呼吸困難	<input type="checkbox"/> 呼吸器症状により社会での日常生活に支障がある。
III度	<input type="checkbox"/> PaO ₂ 60 Torr 以上 70Torr 未満	<input type="checkbox"/> 咳、痰が中等度で痰量は中等量	<input type="checkbox"/> mMRC Grade 3~4 の呼吸困難	<input type="checkbox"/> 呼吸器症状により家庭内での日常生活に支障がある。
IV度	<input type="checkbox"/> PaO ₂ 60Torr 未満	<input type="checkbox"/> 咳、痰が頻発し痰量は多い。		<input type="checkbox"/> 呼吸器症状により身近の日常生活活動に支障がある。

痰量: 「少ない」1日10ml 以下, 「中等量」1日10ml~50ml 未満, 「多い」1日50ml 以上を目安とします。

受給者 番 号									
番 号									
WISH									
入 力									

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ます。)
- 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。

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。

◆びまん性汎細気管支炎の医療費等助成認定基準◆

(診断基準)

以下の ① から ③ までを全て満たすものうち、マクロライド療法など疾患特異的治療を要するもの。
 なお、新規申請時のみ、胸部X線画像(単純X線及びCTの両方)の添付を要する。

① 必須項目 (下記①から③までを全て満たすもの)

- ① 臨床症状：湿性咳嗽、膿性痰、労作時息切れ(全項目を満たす場合を陽性とする。)
- ② 慢性副鼻腔炎の合併又は既往(X線で確認する。)
- ③ 胸部画像所見：胸部X線所見で両肺のびまん性撒布性粒状陰影又は胸部CT所見で両肺のびまん性小葉中心性粒状病変(しばしば過膨張所見を伴う。進行すると両下肺野に気管支拡張所見が見られ、時に巣状肺炎を伴う。)

② 参考項目 (下記①から③までのいずれか2項目以上を満たすもの)

- ① 胸部聴診所見：断続性ラ音(多くは水泡音、時に連続性ラ音又はスクウォークを伴う。)
- ② 呼吸機能検査1秒率 70% 以下及び PaO₂ 80Torr 以下
(進行すると肺活量減少、残気量(率)増加を伴うが、肺拡散能力の低下は見られない。)
- ③ 寒冷凝集素価高値(ヒト赤血球凝集法で64倍以上)

③ 以下の鑑別診断が除外できるもの

慢性気管支炎、気管支拡張症、線毛不動症候群、閉塞性細気管支炎、嚢胞性線維症、非結核性抗酸菌症(本疾患との合併例は除く)、膠原病合併細気管支炎、リンパ増殖性疾患合併細気管支炎

(重症度分類等)

以下の重症度分類表に基づき、少なくとも6か月以上のマクロライド療法にもかかわらず、安静時動脈血酸素分圧(PaO₂(室内気))、症状(咳・痰、mMRC分類)、日常生活における障害の程度それぞれの評価スケールを用いて、いずれかがⅢ度以上のものを対象とする。

【重症度分類表】

重症度	安静時動脈血酸素分圧 (室内気)	症状		日常生活における障害の程度
		咳・痰	mMRC 分類	
I度	PaO ₂ 80Torr 以上	咳、痰はなし	呼吸症状なし	日常生活活動に支障なし
II度	PaO ₂ 70 Torr 以上 80Torr 未満	咳、痰は軽度で痰量は少ない。	mMRC Grade 1~2の呼吸困難	呼吸器症状により社会での日常生活に支障がある。
III度	PaO ₂ 60 Torr 以上 70Torr 未満	咳、痰が中等度で痰量は中等量	mMRC Grade 3~4の呼吸困難	呼吸器症状により家庭内での日常生活に支障がある。
IV度	PaO ₂ 60Torr 未満	咳、痰が頻発し痰量は多い。	/	呼吸器症状により身近の日常生活活動に支障がある。

痰量：「少ない」1日10ml以下、「中等量」1日10ml~50ml未満、「多い」1日50ml以上を目安とします。

【参考】

mMRC 分類(Modified MRC Dyspnoea Scale for Breathlessness)

Grade	症状
Grade 0	強い労作で息切れを感じる。
Grade 1	平地の急ぎ足、かるい坂道で息切れ
Grade 2	平地で同世代の人より歩行が遅いか、自分のペースで歩行したときに息切れで止まる。
Grade 3	約100m歩行した後、息継ぎのため休む、または、数分間平地歩行した後、息継ぎのため休む。
Grade 4	息切れのため家のため出られない、着衣時にも息切れ

受給者番号					
-------	--	--	--	--	--

審査			WISH	入力	
----	--	--	------	----	--

91 びまん性汎細気管支炎 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	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 年 月 2.平成			
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・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 ())								
該当の口に✓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] 最近 1 年の症状と胸部理学所見-								

[2] 胸部画像所見 (直近 1 年以内に実施していれば記載)								
① 胸部 X 線所見 : -----								
② 胸部 CT 所見 : -----								
③ その他の画像所見 : -----								
[3] 動脈血酸素分圧								
直近 6 か月以内に (実施 ・ 未実施) → 実施の場合、結果を記載してください。								
PaO ₂ : _____ Torr (検査年月日: 年 月 日)								
[4] 治療: エリスロマイシンなどの14員環ないし15員環マクロライド療法について								
使用薬剤 (EM・CAM・RXM・AZM)								
使用期間 年 月 日 から 年 月 日								
14員環ないし15員環マクロライド療法の効果 (有・無・不明)								
労作時の息切れの改善 (有・無)								
胸部X線所見の改善 (有・無・不明)								
血液ガス分析の改善 (有・無・不明)								
在宅酸素療法 (有・無)								
その他の治療 -----								

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 (口に✓印を記入してください。)

① 直近 6 か月のマクロライド療法の実施

1.あり → 治療下での評価を、下記の②重症度分類表に記入してください。

2.なし → 重症度の基準は満たさない。

② 重症度分類表 (各項目の重症度のうち、最も高いものを疾患の重症度とする。)

評価年月日: 年 月 日 (記載日前 6 か月以内で、最も悪い状態での評価を記入してください。)

重症度	安静時動脈血酸素分圧 (室内気)	症状		日常生活における障害の程度
		咳・痰	mMRC 分類	
I 度	<input type="checkbox"/> PaO ₂ 80Torr 以上	<input type="checkbox"/> 咳、痰はなし	<input type="checkbox"/> 呼吸症状なし	<input type="checkbox"/> 日常生活活動に支障なし
II 度	<input type="checkbox"/> PaO ₂ 70 Torr 以上 80Torr 未満	<input type="checkbox"/> 咳、痰は軽度で 痰量は少ない。	<input type="checkbox"/> mMRC Grade 1~2 の 呼吸困難	<input type="checkbox"/> 呼吸器症状により社会での 日常生活に支障がある。
III 度	<input type="checkbox"/> PaO ₂ 60 Torr 以上 70Torr 未満	<input type="checkbox"/> 咳、痰が中等度 で痰量は中等量	<input type="checkbox"/> mMRC Grade 3~4 の 呼吸困難	<input type="checkbox"/> 呼吸器症状により家庭内での 日常生活に支障がある。
IV 度	<input type="checkbox"/> PaO ₂ 60Torr 未満	<input type="checkbox"/> 咳、痰が頻発し 痰量は多い。		<input type="checkbox"/> 呼吸器症状により身近の日 常生活活動に支障がある。

痰量: 「少ない」1日 10ml 以下, 「中等量」1日 10ml~50ml 未満, 「多い」1日 50ml 以上を目安とします。

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。

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

