

91 びまん性汎細気管支炎 臨床調査個人票 (1.新規)

ふりがな			性別	1.男 2.女	生年月日	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	年 月 (満 歳)	初診年月日	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(最近6か月)	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.入院なし 6.その他(____)				

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。)	<input type="checkbox"/> 全て除外可 <input type="checkbox"/> 除外不可
<input type="checkbox"/> 慢性気管支炎 <input type="checkbox"/> 気管支拡張症 <input type="checkbox"/> 線毛不動症候群 <input type="checkbox"/> 閉塞性細気管支炎 <input type="checkbox"/> 嚢胞性線維症 <input type="checkbox"/> 非結核性抗酸菌症(本疾患との合併例は除く) <input type="checkbox"/> 膠原病合併細気管支炎 <input type="checkbox"/> リンパ増殖性疾患合併細気管支炎	

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✓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。

(裏面に続きます。)

