

866 肝内結石症 臨床調査個人票 (2.更新)

ふりがな			性別	1.男 2.女	生 年 月 日	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	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)					年 月																																																																																		
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" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <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> 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: _____ _____									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																																																																																							

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。) <input type="checkbox"/> Grade1 : 無症状 <input type="checkbox"/> Grade2 : 胆道再建術の既往、腹痛発作、一過性の黄疸 (いずれか) <input type="checkbox"/> Grade3 : 胆管炎又は1週間以上持続する黄疸 <input type="checkbox"/> 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	記載年月日: 令和__年__月__日 ※自筆または押印のこと 診断年月日: 令和__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 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。
 4 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。
 5 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