

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 ありの場合 (続柄)	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.入通院なし 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 線で確認してください。)

- 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。)	□全て除外可 □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。

【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