

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 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
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 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

重症敗血症

③ 画像診断所見 (胆管造影・超音波・CT・MRI等) 所見のコピー又はフィルムの添付を要す 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

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。

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。

項目	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)。

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。

事務処理欄 (ここには記入しないでください)

受給者番号									
審査						WISH	入力		

◆肝内結石症の医療費助成認定基準◆

(診断基準)

下記の 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。

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

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。

事務処理欄（ここには記入しないでください。）

受給者 番号									
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

審 査			WISH	入力

866 肝内結石症 臨床調査個人票 (案) (2.更新)

資料 3-4 ②

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							
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 2.平成			
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。

治療と経過 (具体的に記述)

最近1年の経過 (治療・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

無症状

腹痛 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 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。

	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:

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 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。

◆肝内結石症の医療費等助成認定基準◆

(診断基準)

下記の 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。

- 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