

臨床調査個人票 肝硬変

患者氏名		性別	男・女	生年 月日	年 月 日
住所	愛知県				

A. 診断・認定について

(当てはまる全ての□にチェックをしてください。)

<input type="checkbox"/> B型肝炎ウイルス又はC型肝炎ウイルス感染による肝硬変である。
<input type="checkbox"/> 血液生化学的検査や画像診断検査等の検査を患者の条件や必要性に応じて行い、総合的に肝硬変と診断されている。
<input type="checkbox"/> B型肝炎ウイルス感染による肝硬変である。
<input type="checkbox"/> HBs 抗原陽性もしくは HBV-DNA 陽性のいずれかを認める。
<input type="checkbox"/> HBs 抗原陰性であっても、過去に半年以上継続する HBV-DNA 陽性もしくは HBs 抗原陽性のいずれかを認めた。
<input type="checkbox"/> その他、肝硬変を引き起こす B型肝炎ウイルス感染が否定できない。
<input type="checkbox"/> C型肝炎ウイルス感染による肝硬変である。
<input type="checkbox"/> HCV 抗体陽性又は HCV-RNA 陽性のいずれかを認める。

<input type="checkbox"/> 非代償性肝硬変の状態である。又は、原発性肝癌を発症している。
<input type="checkbox"/> 非代償性肝硬変の状態である。
<input type="checkbox"/> Child-Pugh score にてグレード B 以上(7点以上)を認める。
<input type="checkbox"/> 腹水(利尿剤の使用等の医療行為を常時必要とするもの)を認める。
<input type="checkbox"/> 食道・胃静脈瘤(破裂による吐下血の現症・既往のあるもの、又は内視鏡検査で破裂の危険性がある所見を示すもの)を認める。
<input type="checkbox"/> 肝性脳症(反復歴があり、分岐鎖アミノ酸製剤の使用等の医療行為を常時必要とするもの)を認める。
<input type="checkbox"/> 原発性肝癌を発症し、さらに原発性肝癌に対する最終の治療から3年以上経過していない。

B. 検査所見 (下線部分に数値等を記入するとともに、当てはまる口にチェックをしてください。)

1、血液・生化学検査等 (検査日：西暦 20__年__月__日)			
血小板	_____ × 10 ⁴ /μL	アルブミン	_____ g/dL
AST	_____ IU/L	ALT	_____ IU/L
γ-GT	_____ IU/L		
ALP	_____ IU/L (施設上限値 _____ IU/L)		
総ビリルビン	_____ mg/dL	直接ビリルビン	_____ mg/dL
総コレステロール	_____ mg/dL	ChE	_____ IU/L
PT (活性値)	_____ %		
2、感染症検査等			
HBs 抗原	_____ (単位：□IU/ml □倍)	□ (－) ※	
□検査日：西暦 20__年__月	※現在は陰性だが、過去には陽性であった場合。		
□未検査	陽性であった期間：(西暦 20__年__月～20__年__月)		
HBV-DNA	_____ (単位：□Log IU/ml □Log copies/ml)	□検出されず※	
□検査日：西暦 20__年__月	※現在は検出されないが、過去には陽性であった場合。		
□未検査	陽性であった期間：(西暦 20__年__月～20__年__月)		
HBc 抗体	_____ (単位：□C.O.I □S/CO)	□ (－)	
□検査日：西暦 20__年__月			
□未検査			
HCV 抗体	_____ (単位：□C.O.I □S/CO)	□ (－)	
□検査日：西暦 20__年__月			
□未検査			
HCV-RNA	_____ (単位：□Log IU/ml □Log copies/ml)	□検出されず	
□検査日：西暦 20__年__月			
□未検査			

C. Child-Pugh Score (当てはまる口にチェックするとともに、合計スコアに点数を記入してください。)

点数	1点	2点	3点
血清総ビリルビン値(単位：mg/dl)	□2.0未満	□2.0～3.0	□3.0を超える
血清アルブミン値(単位：g/dl)	□3.5を超える	□2.8～3.5	□2.8未満
プロトロンビン活性値(単位：%)	□70を超える	□40～70	□40未満
肝性脳症	□ない	□軽度	□ときどき
腹水	□ない	□少量	□中等度以上
合計スコア _____点			

D. 肝硬変による合併症の状況

(当てはまる□にチェックするとともに、必要に応じ下線部分に記載してください。)

1、腹水	
<input type="checkbox"/> あり 現在の治療： <input type="checkbox"/> 利尿薬の投与 <input type="checkbox"/> 胸腔・腹腔穿刺 <input type="checkbox"/> 持続的胸腔・腹腔ドレナージ <input type="checkbox"/> 胸水・腹水濾過濃縮再静注法 <input type="checkbox"/> 胸腔・静脈シャントバルブ設置術 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
<input type="checkbox"/> なし	
2、食道・胃静脈瘤	
吐下血の現症・既往歴	<input type="checkbox"/> あり（最終吐下血日：西暦20__年__月__日） <input type="checkbox"/> なし
現在の破裂の危険性	<input type="checkbox"/> あり（最終内視鏡検査施行日：西暦20__年__月__日） 内視鏡検査所見：占拠部位； <input type="checkbox"/> Ls <input type="checkbox"/> Lm <input type="checkbox"/> Li <input type="checkbox"/> Lg 形態； <input type="checkbox"/> F0 <input type="checkbox"/> F1 <input type="checkbox"/> F2 <input type="checkbox"/> F3 色調； <input type="checkbox"/> Cw <input type="checkbox"/> Cb 発赤所見； <input type="checkbox"/> RC0 <input type="checkbox"/> RC1 <input type="checkbox"/> RC2 <input type="checkbox"/> RC3 <input type="checkbox"/> なし
3、肝性脳症	
<input type="checkbox"/> あり ・昏睡度： <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V ・現在の治療： <input type="checkbox"/> 分岐鎖アミノ酸製剤の使用 <input type="checkbox"/> シャント閉塞術 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
<input type="checkbox"/> なし	

E. 原発性肝癌の状況 (当てはまる□にチェックするとともに、必要に応じ下線部分に記載してください。)

発症あり

・発生部位：S1 S2 S3 S4 S5 S6 S7 S8
 その他 (_____)

・診断根拠：(最終診断確定日：西暦20__年__月__日)
 腹部超音波 dynamic CT dynamic MRI(Gd-EOB-DTPA 造影 MRI も含む)
 造影腹部超音波 肝腫瘍生検 SPIO 造影 MRI CTAP/CTHA

・治療：(最終治療日：西暦20__年__月__日)
 手術療法 穿刺局所療法 肝動脈(化学)塞栓療法
 薬物療法(分子標的治療薬を含む) 緩和療法
 その他 (_____)

発症なし

F. その他特記すべきこと

以上のとおり診断します。

西暦20__年__月__日

医療機関 名称 _____

所在地 _____

診療科 _____

担当医名 _____