

37 網膜色素変性症 臨床調査個人票

(1. 新規)

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)
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. 政 2. 組 3. 船 4. 共 5. 国 6. 老	
身体障害者 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 (____)			
発症と経過 (具体的に記述)								
【WISH 入力不要】								
病 型 分 類	1. 孤発型 2. 常染色体優性遺伝型 3. 常染色体劣性遺伝型 4. X染色体劣性遺伝型 5. 二遺伝子異常型 遺伝子検査を実施されていれば、結果を記載してください。							
症 状 及 び 所 見								
A. 経過 経過が進行性の病変で 1. あり 2. なし 3. 不明								
B. 自覚症状 (1) 夜盲 1. あり 2. なし 3. 不明								
(2) 視野狭窄 1. あり 2. なし 3. 不明								
(3) 視力低下 1. あり 2. なし 3. 不明								
C. 臨床検査所見 (1) 眼底所見: 網膜血管狭小 1. あり 2. なし 3. 不明								
粗糲胡麻塩状網膜 1. あり 2. なし 3. 不明								
骨小体様色素沈着 1. あり 2. なし 3. 不明								
白点状 1. あり 2. なし 3. 不明								
(2) <u>網膜電図</u> 測定結果添付のこと								
1. 正常 2. 異常 (1. a, b 波振幅低下 2. a, b 波消失)								
3. その他 (____)								
(3) 蛍光眼底造影で網膜色素上皮萎縮による過蛍光 1. あり 2. なし 3. 未施行								
(4) 視力 右 (裸眼: ____ (矯正: ____)) 左 (裸眼: ____ (矯正: ____))								
(5) <u>視野狭窄</u> 視野検査結果添付のこと								
右 1. あり (1. 求心性 2. 輪状暗点 3. 地図状暗点 4. 中心暗点) 2. なし								
左 1. あり (1. 求心性 2. 輪状暗点 3. 地図状暗点 4. 中心暗点) 2. なし								
※ (2) 網膜電図と (5) 視野検査は測定結果の \pm -を必ず添付のこと。								
鑑別診断 以下の疾患が鑑別できること								
1. 炎症性のもの (梅毒, トキソプラズマ感染など) 1. 鑑別できる 2. 鑑別できない								
2. 続発性のもの (中毒性, 外傷など) 1. 鑑別できる 2. 鑑別できない								
医 療 上 の 問 題 点								
【WISH 入力不要】								
医 療 機 関 名								
医 療 機 関 所 在 地								
電 話 番 号 ()								
医 師 の 氏 名								
印								
記 載 年 月 日 : 平 成 年 月 日								

37 網膜色素変性症 臨床調査個人票

(2. 更新)

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 (満 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	保険種別
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 (____))					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
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. 往診あり 5. 入通院なし 6. その他(____)					

治療と経過 (前回申請からの変化を中心に具体的に記述)

【WISH入力不要】

病型分類 1. 孤発型 2. 常染色体優性遺伝型 3. 常染色体劣性遺伝型 4. X染色体劣性遺伝型 5. 二遺伝子異常型

症状及び所見

A. 経過

経過が進行性の病変で 1. あり 2. なし 3. 不明

B. 自覚症状

- (1) 夜盲 1. あり 2. なし 3. 不明
- (2) 視野狭窄 1. あり 2. なし 3. 不明
- (3) 視力低下 1. あり 2. なし 3. 不明

C. 臨床検査所見

- (1) 眼底所見: 網膜血管狭小 1. あり 2. なし 3. 不明
- 粗ぞう胡麻塩状網膜 1. あり 2. なし 3. 不明
- 骨小体様色素沈着 1. あり 2. なし 3. 不明
- 白点状 1. あり 2. なし 3. 不明

(2) 視力 右(裸眼: ____ (矯正: ____)) 左(裸眼: ____ (矯正: ____))

(3) 視野狭窄 視野検査結果添付のこと

- 右 1. あり (1. 求心性 2. 輪状暗点 3. 地図状暗点 4. 中心暗点) 2. なし
- 左 1. あり (1. 求心性 2. 輪状暗点 3. 地図状暗点 4. 中心暗点) 2. なし

※ (3) 視野検査は測定結果の db° -を必ず添付のこと。

医療上の問題点

【WISH入力不要】

医療機関名

医療機関所在地

電話番号 ()

医師の氏名

印

記載年月日: 平成 年 月 日