

056 ベーチェット病

■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性)							
	<input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方)							
<input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ								
<input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入								
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

社会保障	
介護認定	<input type="checkbox"/> 1. 要介護 <input type="checkbox"/> 2. 要支援 <input type="checkbox"/> 3. なし
要介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
生活状況	
移動の程度	<input type="checkbox"/> 1. 歩き回るのに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 寝たきりである
身の回りの管理	<input type="checkbox"/> 1. 洗面や着替えに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 自分でできない
ふだんの活動	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 行うことができない
痛み／不快感	<input type="checkbox"/> 1. ない <input type="checkbox"/> 2. 中程度ある <input type="checkbox"/> 3. ひどい
不安／ふさぎ込み	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. 中程度 <input type="checkbox"/> 3. ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる

■ 診断基準に関する事項 (いずれの時期のものを用いても差し支えない)

A. 症状

主症状	
1. 口腔粘膜の再発性アフタ性潰瘍	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 皮膚症状	
a. 結節性紅斑様皮疹	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
b. 皮下の血栓性静脈炎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
c. 毛嚢炎様皮疹、痤瘡様皮疹	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
3. 眼症状	
a. 虹彩毛様体炎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
b. 網膜ぶどう膜炎 (網脈絡膜炎)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
c. 上記 a. b. を経過した症状と思われる 虹彩後癒着、水晶体上色素沈着、網脈絡膜萎縮、 視神経萎縮、併発白内障、続発緑内障、眼球癆	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
4. 外陰部潰瘍	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明

副症状	
1. 筋骨格症状	
a. 変形や硬直を伴わない関節炎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 腎・泌尿器症状	
a. 副睾丸炎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
3. 消化器症状	
a. 回盲部潰瘍で代表される消化器病変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
b. 内視鏡で確認できる消化器病変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	部位
4. 心・循環器症状(血管病変)	
<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
a. 動脈瘤	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	部位
b. 動脈閉塞	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	部位
c. 深部静脈血栓症 (皮下の血栓性静脈炎は含まない)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	部位
d. 肺塞栓	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	部位

5. 精神・神経症状						
a. 中等度以上の中枢神経病変	<input type="checkbox"/>	1. あり	<input type="checkbox"/>	2. なし	<input type="checkbox"/>	3. 不明
b. 急性型 髄膜炎・脳幹脳炎など	<input type="checkbox"/>	1. あり	<input type="checkbox"/>	2. なし	<input type="checkbox"/>	3. 不明
c. 慢性進行型 体幹失調・精神症状など	<input type="checkbox"/>	1. あり	<input type="checkbox"/>	2. なし	<input type="checkbox"/>	3. 不明
合併症	自由記載 *50文字以内かつ3行以内					

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

皮膚の針反応 被刺激性亢進		<input type="checkbox"/>	1. あり	<input type="checkbox"/>	2. なし	<input type="checkbox"/>	3. 不明	
血液検査								
白血球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / μ L							
	末梢血白血球数の増加 (>10000/ μ L)		<input type="checkbox"/>	1. あり	<input type="checkbox"/>	2. なし	<input type="checkbox"/>	3. 不明
赤沈	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm/hr							
	赤沈値の亢進		<input type="checkbox"/>	1. あり	<input type="checkbox"/>	2. なし	<input type="checkbox"/>	3. 不明
CRP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL							
	CRP 上昇		<input type="checkbox"/>	1. あり	<input type="checkbox"/>	2. なし	<input type="checkbox"/>	3. 不明
CH50	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> U/dL							
	正常値		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	U/dL				
	補体価の上昇 (>40 単位)		<input type="checkbox"/>	1. あり	<input type="checkbox"/>	2. なし	<input type="checkbox"/>	3. 不明
HLA	HLA-B51		<input type="checkbox"/>	1. 陽性	<input type="checkbox"/>	2. 陰性	<input type="checkbox"/>	3. 不明
	HLA-A26		<input type="checkbox"/>	1. 陽性	<input type="checkbox"/>	2. 陰性	<input type="checkbox"/>	3. 不明
	その他の HLA クラス I タイプ							
結節性紅斑の生検組織像								
脂肪組織炎および血管病変		<input type="checkbox"/>	1. あり	<input type="checkbox"/>	2. なし	<input type="checkbox"/>	3. 不明	

髄液検査			
髄液細胞数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / μ L	髄液 IL-6 濃度	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL
頭部 MRI 画像所見			
高信号域 (T2 強調画像)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	脳幹の萎縮像	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
非発作時の視力			
裸眼(右)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	矯正(右)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
裸眼(左)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	矯正(左)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

C. 鑑別診断 (新規)

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。 除外できた疾病には <input checked="" type="checkbox"/> を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可 <input type="checkbox"/> 2. 除外不可 <input type="checkbox"/> 3. 不明
粘膜、皮膚、眼を侵す疾患	<input type="checkbox"/> 1. 多形滲出性紅斑 <input type="checkbox"/> 2. 急性薬物中毒 <input type="checkbox"/> 3. ライター (Reiter) 病
口腔粘膜症状をもつ疾患	<input type="checkbox"/> 1. 慢性再発性アフタ症 <input type="checkbox"/> 2. Lipschutz 陰部潰瘍
皮膚症状をもつ疾患	<input type="checkbox"/> 1. 化膿性毛囊炎 <input type="checkbox"/> 2. 尋常性痤瘡 <input type="checkbox"/> 3. 結節性紅斑 <input type="checkbox"/> 4. 遊走性血栓性静脈炎 <input type="checkbox"/> 5. 単発性血栓性静脈炎 <input type="checkbox"/> 6. Sweet 病
眼症状をもつ疾患	<input type="checkbox"/> 1. サルコイドーシス <input type="checkbox"/> 2. 細菌性および真菌性眼内炎 <input type="checkbox"/> 3. 急性網膜壊死 <input type="checkbox"/> 4. サイトメガロウイルス網膜炎 <input type="checkbox"/> 5. HTLV-1 関連ぶどう膜炎 <input type="checkbox"/> 6. トキソプラズマ網膜炎 <input type="checkbox"/> 7. 結核性ぶどう膜炎 <input type="checkbox"/> 8. 梅毒性ぶどう膜炎 <input type="checkbox"/> 9. ヘルペス性虹彩炎 <input type="checkbox"/> 10. 糖尿病性虹彩炎 <input type="checkbox"/> 11. HLA-B27 関連ぶどう膜炎 <input type="checkbox"/> 12. 仮面症候群
口腔粘膜症状をもつ疾患	<input type="checkbox"/> 1. ヘルペス口唇・口内炎 (単純ヘルペスウイルス 1 型感染症)
外陰部潰瘍	<input type="checkbox"/> 1. 単純ヘルペスウイルス 2 型感染症
結節性紅斑様皮疹	<input type="checkbox"/> 1. 結節性紅斑 <input type="checkbox"/> 2. バザン硬結性紅斑 <input type="checkbox"/> 3. サルコイドーシス <input type="checkbox"/> 4. スイート (Sweet) 病
関節炎症状をもつ疾患	<input type="checkbox"/> 1. 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 2. 全身性エリテマトーデス <input type="checkbox"/> 3. 強皮症などの膠原病 <input type="checkbox"/> 4. 痛風 <input type="checkbox"/> 5. 乾癬性関節症

消化器症状をもつ疾患	<input type="checkbox"/> 1. 急性虫垂炎 <input type="checkbox"/> 2. 感染性腸炎 <input type="checkbox"/> 3. クローン病 <input type="checkbox"/> 4. 薬剤性腸炎 <input type="checkbox"/> 5. 腸結核
副睾丸炎をもつ疾患	<input type="checkbox"/> 1. 結核
血管系症状をもつ疾患	<input type="checkbox"/> 1. 高安動脈炎 <input type="checkbox"/> 2. バージャー（Buerger）病 <input type="checkbox"/> 3. 動脈硬化性動脈瘤
中枢神経症状	<input type="checkbox"/> 1. 感染症・アレルギー性の髄膜・脳・脊髄炎 <input type="checkbox"/> 2. 全身性エリテマトーデス <input type="checkbox"/> 3. 脳・脊髄の腫瘍 <input type="checkbox"/> 4. 血管障害 <input type="checkbox"/> 5. 梅毒 <input type="checkbox"/> 6. 多発性硬化症 <input type="checkbox"/> 7. 精神疾患 <input type="checkbox"/> 8. サルコイドーシス

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> 完全型：経過中に以下の主症状のうち4項目が出現したもの	
<input type="checkbox"/> 不全型(a)：経過中に以下の主症状のうち3項目が出現したもの、あるいは主症状のうち2項目と以下の副症状のうち2項目が出現したもの	
<input type="checkbox"/> 不全型(b)：経過中に主症状の3、眼症状とその他の項目のうち1項目、あるいは副症状のうち2項目が出現したもの	
<input type="checkbox"/> 疑い：主症状の一部が出現するが、不全型の条件を満たさないもの、及び定型的な副症状が反復あるいは増悪するもの	
<input type="checkbox"/> 特殊型：完全型又は不全型の基準を満たし、下のいずれかの病変を伴う <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 腸管（型）：内視鏡で病変部位を確認 <input type="checkbox"/> 血管（型）：動脈瘤、動脈閉塞、深部静脈血栓症、肺塞栓のいずれかを確認 <input type="checkbox"/> 神経（型）：髄膜炎、脳幹脳炎など急激な炎症性病態を呈する急性型と体幹失調、精神症状が緩徐に進行する慢性進行型のいずれかを確認 	
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない	
主症状	<input type="checkbox"/> 1. 口腔粘膜の再発性アフタ性潰瘍 <input type="checkbox"/> 2. 皮膚症状 <input type="checkbox"/> 3. 眼症状 <input type="checkbox"/> 4. 外陰部潰瘍
副症状	<input type="checkbox"/> 1-a. 変形や硬直を伴わない関節炎 <input type="checkbox"/> 2-a. 副睾丸炎 <input type="checkbox"/> 3-a. 回盲部潰瘍で代表される消化器病変 <input type="checkbox"/> 4. 血管病変 <input type="checkbox"/> 5-a. 中等度以上の中枢神経病変

症状の概要、経過、特記すべき事項など（新規申請の際は必須） *250文字以内かつ7行以内

--

■ 発症と経過

初回認定年月	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
生活状況	<input type="checkbox"/> 1. 就労、就学 <input type="checkbox"/> 2. 家事労働 <input type="checkbox"/> 3. 在宅療養 <input type="checkbox"/> 4. 入院、入所

■ 治療その他（最近1年の状況）

薬物療法の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明			
	局所薬物療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	全身薬物療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	副腎皮質ステロイド薬	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
		プレドニゾロン 換算最大量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日	
	シクロスポリン	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	インフリキシマブ	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	アダリムマブ	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	コルヒチン	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	その他の薬剤	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
		薬剤名		
その他の治療法（手術など）	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明			
		治療法		

■ 重症度分類に関する事項（直近6か月で最も悪い状態）

活動状態	<input type="checkbox"/> 1. 活動期 <input type="checkbox"/> 2. 非活動期 <input type="checkbox"/> 3. 固定期		
重症度	<input type="checkbox"/> 1. Stage I <input type="checkbox"/> 2. Stage II <input type="checkbox"/> 3. Stage III <input type="checkbox"/> 4. Stage IV <input type="checkbox"/> 5. Stage V		
	I	眼症状以外の主症状（口腔粘膜のアフタ性潰瘍、皮膚症状、外陰部潰瘍）のみられるもの	
	II	Stage I の症状に眼症状として虹彩毛様体炎が加わったもの。Stage I の症状に関節炎や副睾丸炎が加わったもの。	
	III	網脈絡膜炎のみられるもの	
	IV	失明の可能性があるか、失明に至った網脈絡膜炎およびその他の眼合併症を有するもの。活動性、ないし重度の後遺症を残す特殊病型（腸管ベーチェット病、血管ベーチェット病、神経ベーチェット病）である	
	V	生命予後に危険のある特殊病型ベーチェット病である。慢性進行型神経ベーチェット病である。	

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

使用の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり						
開始時期	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月
離脱の見込み	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし						
種類	<input type="checkbox"/> 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器						
施行状況	<input type="checkbox"/> 1. 間欠的施行 <input type="checkbox"/> 2. 夜間に継続的に施行 <input type="checkbox"/> 3. 一日中施行 <input type="checkbox"/> 4. 現在は未施行						

生活状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	車椅子とベッド間の移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 軽度介助	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能	
	トイレ動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能	
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 軽度介助	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 不能
	着替え	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排便コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助

医療機関名												
指定医番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
医療機関所在地												
電話番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	*ハイフンを除き、左詰めで記入
医師の氏名												印 ※自筆または押印のこと
記載年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日

- ・病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、診断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。)
- ・治療開始後における重症度分類については、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。
- ・診断基準、重症度分類については、「指定難病に係る診断基準及び重症度分類等について」(平成26年11月12日健発1112第1号健康局長通知)を参照の上、ご記入ください。
- ・審査のため、検査結果等について別途提出をお願いすることがあります。