

116 アトピー性脊髄炎

■ 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

A. 主要所見

診断日	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
絶対基準：以下の(1)～(3)の全てを満たす	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> (1) 原因不明の脊髄炎（Bの鑑別疾患が除外されていること） <input type="checkbox"/> (2) 抗原特異的 IgE 陽性 <input type="checkbox"/> (3) Barkhof の MS の脳 MRI 基準を満たさない	
病理基準：脊髄生検組織で、血管周囲リンパ球浸潤や好酸球の浸潤をみとめ、肉芽腫を伴うことがある	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
相対基準	
(1) 現在または過去のアトピー性疾患歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
(2) 高 IgE 血症 (>240 U/mL)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
(3) 髄液中 IL9 (>14.0 pg/mL) もしくは CCL11 (>2.2 pg/mL) を認める	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
(4) 髄液オリゴクローナルバンドなし	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明

B. 鑑別診断

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☑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
<input type="checkbox"/> 寄生虫性脊髄炎 <input type="checkbox"/> 多発性硬化症 <input type="checkbox"/> 膠原病・血管炎 <input type="checkbox"/> HTLV-1 関連脊髄症	
<input type="checkbox"/> サルコイドーシス <input type="checkbox"/> 視神経脊髄炎 <input type="checkbox"/> 神経梅毒 <input type="checkbox"/> 頸椎症性脊髄症	
<input type="checkbox"/> 脊髄腫瘍 <input type="checkbox"/> 脊髄血管奇形・動静脈瘻	

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> Definite A : 絶対基準 (1~3 の全て) + 病理基準
<input type="checkbox"/> Definite B : 絶対基準 (1~3 の全て) + 相対基準 (1~3) のうち 2 個以上 + 相対基準 (4)
<input type="checkbox"/> Probable A : 絶対基準 (1~3 の全て) + 相対基準 (1~3) のうち 1 個 + 相対基準 (4)
<input type="checkbox"/> Probable B : 絶対基準 (1~3 の全て) + 相対基準 (1~3) のうち 2 個以上
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない

症状の概要、経過、特記すべき事項など *250 文字以内かつ 7 行以内

■ 臨床所見

アレルギー特異的 IgE の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	認識するアレルギー
過去あるいは現在罹患しているアトピー性疾患	<input type="checkbox"/> 1. アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 2. 喘息 <input type="checkbox"/> 3. アレルギー性鼻炎 (花粉症) <input type="checkbox"/> 4. 食物アレルギー <input type="checkbox"/> 5. アレルギー性結膜炎 <input type="checkbox"/> 6. その他
臨床経過	<input type="checkbox"/> 1. 単相性 <input type="checkbox"/> 2. 再発寛解型 <input type="checkbox"/> 3. 動揺性 <input type="checkbox"/> 4. 慢性進行性
アトピー性疾患の増悪と神経症状の増悪との関連	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明

■ 検査所見 *小数点も1文字として記入する

脊髄 MRI 異常信号病巣	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常信号有り <input type="checkbox"/> 3. 未施行		
	部位		
脳 MRI	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. Barkof 基準満たす病巣有り <input type="checkbox"/> 3. Barkof 基準満たさない病巣有り <input type="checkbox"/> 4. 未施行		
末梢神経伝導検査	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常 (脱髄型) <input type="checkbox"/> 3. 異常 (軸索障害型) <input type="checkbox"/> 4. 未施行		
誘発電位検査	運動誘発電位	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常 (中枢性) <input type="checkbox"/> 3. 異常 (末梢性) <input type="checkbox"/> 4. 異常 (両者) <input type="checkbox"/> 5. 未施行	
	体性感覚誘発電位	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常 (中枢性) <input type="checkbox"/> 3. 異常 (末梢性) <input type="checkbox"/> 4. 異常 (両者) <input type="checkbox"/> 5. 未施行	
	視覚誘発電位	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常 <input type="checkbox"/> 3. 未施行	
髄液検査	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施		
	蛋白	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常	
		値 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	
	細胞数	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 個/ μ L			
障害度			
・ EDSS	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	EDSS (Expanded Disability Status Scale of Kurtzke)	
・ 感覚障害 FS	<input type="text"/>	FS (Functional System)	
・ 錐体路障害 FS	<input type="text"/>		

■ 治療その他

経口副腎皮質ステロイド	<input type="checkbox"/> 1. 有効	<input type="checkbox"/> 2. 無効	<input type="checkbox"/> 3. 未施行
副腎皮質ステロイドパルス	<input type="checkbox"/> 1. 有効	<input type="checkbox"/> 2. 無効	<input type="checkbox"/> 3. 未施行
免疫抑制薬	<input type="checkbox"/> 1. 有効	<input type="checkbox"/> 2. 無効	<input type="checkbox"/> 3. 未施行
	薬品名		
血漿交換	<input type="checkbox"/> 1. 有効	<input type="checkbox"/> 2. 無効	<input type="checkbox"/> 3. 未施行
免疫グロブリン静注	<input type="checkbox"/> 1. 有効	<input type="checkbox"/> 2. 無効	<input type="checkbox"/> 3. 未施行

■ 重症度分類に関する事項

総合障害度 (EDSS) スケール	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
-------------------	---

■ 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"/> <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。