臨 床 調 査 個 人 票

□ 新規 □ 更新

318　シトリン欠損症

■　**患者情報**

保険情報	保険者番号		被保険者記号	
	被保険者番号		被保険者 個人単位枝番	
	資格取得 年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日		＊以降、数字は 右詰めで記入
氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
以前の登録氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
住所	郵便番号	□□□ － □□□□		
	都道府県			
	市区町村			
	丁目番地等			
生年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日			
性別	□ 男性　□ 女性			
出生地	都道府県			
	市区町村			

■ **基本情報**

家族歴	☐ 1. あり　☐ 2. なし　☐ 3. 不明
	発症者続柄
	☐ 1. 父　☐ 2. 母　☐ 3. 子　☐ 4. 同胞（男性） ☐ 5. 同胞（女性）　☐ 6. 祖父（父方）　☐ 7. 祖母（父方） ☐ 8. 祖父（母方）　☐ 9. 祖母（母方）　☐ 10. いとこ ☐ 11. その他　＊11 を選択の場合、以下に記入
	続柄
発症時期	西暦 ☐☐☐☐ 年 ☐☐ 月
社会保障	
介護認定	☐ 1. 要介護　☐ 2. 要支援　☐ 3. なし
要介護度	☐ 1　☐ 2　☐ 3　☐ 4　☐ 5
生活状況	
移動の程度	☐ 1. 歩き回るのに問題はない　☐ 2. いくらか問題がある ☐ 3. 寝たきりである
身の回りの管理	☐ 1. 洗面や着替えに問題はない　☐ 2. いくらか問題がある ☐ 3. 自分でできない
ふだんの活動	☐ 1. 問題はない　☐ 2. いくらか問題がある ☐ 3. 行うことができない
痛み／不快感	☐ 1. ない　☐ 2. 中程度ある　☐ 3. ひどい
不安／ふさぎ込み	☐ 1. 問題はない　☐ 2. 中程度 ☐ 3. ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる
手帳取得状況	
身体障害者手帳	☐ 1. なし ☐ 2. あり（等級 ☐ 1 級 ☐ 2 級 ☐ 3 級 ☐ 4 級 ☐ 5 級 ☐ 6 級）
療育手帳	☐ 1. なし　☐ 2. あり
精神障害者 保健福祉手帳 （障害者手帳）	☐ 1. なし ☐ 2. あり（等級 ☐ 1 級 ☐ 2 級 ☐ 3 級）
人工呼吸器等装着者認定基準に該当	
☐ 1. する　☐ 2. しない　☐ 3. 不明	

■　診断基準に関する事項

＜診断のカテゴリー＞

☐ 新生児から乳児期（NICCD） Definite：Aの１もしくはBの１のうち１項目以上を満たし、Dの１の鑑別すべき疾患を除外でき、Cのいずれかを満たしたもの ☐ 適応・代償期 Definite：Aの２もしくはBの２のうち１項目以上を満たし、Dの２の鑑別すべき疾患を除外でき、Cのいずれかを満たしたもの ☐ 思春期から成人期（CTLN2） Definite：Aの３のうち１項目以上およびBの３のａおよびｂを満たし、Dの３の鑑別すべき疾患を除外でき、Cのいずれかを満たしたもの
☐ いずれにも該当しない

A．症状

1.新生児から乳児期（NICCD）において以下の１項目以上を満たす	☐ 1.該当	☐ 2.非該当	☐ 3.不明
☐ 遷延性黄疸　☐ 体重増加不良			
2.適応・代償期において以下の１項目以上を満たす	☐ 1.該当	☐ 2.非該当	☐ 3.不明
☐ 特異な食癖（高脂肪・高蛋白食を好み、糖質を忌避）　☐ 易疲労感、倦怠感 ☐ 体重増加不良　☐ 低血糖			
3.思春期から成人期（CTLN2）において以下の１項目以上を満たす	☐ 1.該当	☐ 2.非該当	☐ 3.不明
☐ 意識障害、失見当識、急性脳症様症状　☐ 行動異常、精神症状			

B．検査所見

1.新生児から乳児期（NICCD）において以下の１項目以上を満たす	☐ 1.該当	☐ 2.非該当	☐ 3.不明
☐ 複数のアミノ酸（シトルリン、チロシン、フェニルアラニン、スレオニンなど）の一過性の上昇 ☐ ガラクトースの一過性の上昇 ☐ 胆汁うっ滞性肝障害：総胆汁酸上昇（100nmol/mL 以上）、直接ビリルビン上昇 ☐ 凝固能低下　☐ 低蛋白血症　☐ AFP 高値　☐ 脂肪肝			
2.適応・代償期において以下の１項目以上を満たす	☐ 1.該当	☐ 2.非該当	☐ 3.不明
☐ 慢性肝障害　☐ 低血糖　☐ 高脂血症			

3. 思春期から成人期（CTLN2）において 以下 a および b を満たす	☐ 1. 該当　☐ 2. 非該当　☐ 3. 不明
☐ a. シトルリン高値、スレオニン／セリン比の上昇　☐ b. 高アンモニア血症　☐ c. 脂肪肝	

C．遺伝学的検査

遺伝子異常の有無 異常があった遺伝子には☑を記入する。	☐ 1. あり　☐ 2. 検査範囲内異常なし　☐ 3. 検査未実施
☐ SLC25A13 遺伝子の両アレルに病因変異	
末梢血でのウエスタンブロットにおいて、 シトリン分子が検出されない	☐ 1. 該当　☐ 2. 非該当　☐ 3. 不明

D．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。		
1. 新生児から乳児期（NICCD）	☐ 1. 全て除外可　☐ 2. 除外不可　☐ 3. 不明	
☐ 新生児肝炎		☐ 胆道閉鎖症
☐ ガラクトース血症（☐ I 型　☐ II 型　☐ III 型）		☐ 門脈体循環シャント
☐ シトルシン血症 I 型		☐ アルギニノコハク酸尿症
2. 適応・代償期	☐ 1. 全て除外可　☐ 2. 除外不可　☐ 3. 不明	
☐ 慢性肝炎	☐ 肝型糖原病	☐ 脂肪酸代謝異常症
3. 思春期から成人期（CTLN2）	☐ 1. 全て除外可　☐ 2. 除外不可　☐ 3. 不明	
☐ 慢性肝炎	☐ 肝硬変	☐ 門脈体循環シャント
☐ シトルシン血症 I 型	☐ アルギニノコハク酸尿症	

■　重症度分類に関する事項

先天性代謝異常症の重症度評価

総合評価（以下の I から VI までの各評価および総合点をもとに☑を記入する）
☐ 重　症（4 点の項目が 1 つでもある場合）
☐ 重　症（2 点以上の項目があり、かつ加点した総点数が 6 点以上の場合）
☐ 中等症（加点した総点数が 3～6 点の場合）
☐ 軽　症（加点した総点数が 0～2 点の場合）

I 薬物などの治療状況（以下の中からいずれか1つを選択する）

☐ a. 治療を要しない（0）

☐ b. 対症療法のために何らかの薬物を用いた治療を継続している（1）

☐ c. 疾患特異的な薬物治療が中断できない（2）

☐ d. 急性発作時に呼吸管理、血液浄化を必要とする（4）

II 食事栄養治療の状況（以下の中からいずれか1つを選択する）

☐ a. 食事制限など特に必要がない（0）

☐ b. 軽度の食事制限あるいは一時的な食事制限が必要である（1）

☐ c. 特殊ミルクを継続して使用するなどの中程度の食事療法が必要である（2）

☐ d. 特殊ミルクを継続して使用するなどの疾患特異的な負荷の強い（厳格な）食事療法の継続が必要である（4）

☐ e. 経管栄養が必要である（4）

III 酵素欠損などの代謝障害に直接関連した検査（画像を含む）の所見
（以下の中からいずれか1つを選択する）

☐ a. 特に異常を認めない（0）

☐ b. 軽度の異常値が継続している（目安として正常範囲から 1.5SD の逸脱）（1）

☐ c. 中等度以上の異常値が継続している（目安として 1.5SD から 2.0SD の逸脱）（2）

☐ d. 高度の異常値が持続している（目安として 2.0SD 以上の逸脱）（3）

IV 現在の精神運動発達遅滞、神経症状、筋力低下についての評価（以下の中からいずれか1つを選択する）

☐ a. 異常を認めない（0）

☐ b. 軽度の障害を認める
（目安として、IQ70 未満や補助具などを用いた自立歩行が可能な程度の障害）（1）

☐ c. 中程度の障害を認める（目安として、IQ50 未満や自立歩行が不可能な程度の障害）（2）

☐ d. 高度の障害を認める（目安として、IQ35 未満やほぼ寝たきりの状態）（4）

V 現在の臓器障害に関する評価（以下の中からいずれか1つを選択する）

☐ a. 肝臓、腎臓、心臓などに機能障害がない（0）

☐ b. 肝臓、腎臓、心臓などに軽度機能障害がある
（目安として、それぞれの臓器異常による検査異常を認めるもの）（1）

☐ c. 肝臓、腎臓、心臓などに中等度機能障害がある
（目安として、それぞれの臓器異常による症状を認めるもの）（2）

☐ d. 肝臓、腎臓、心臓などに重度機能障害がある、あるいは移植医療が必要である
（目安として、それぞれの臓器の機能不全を認めるもの）（4）

VI 生活の自立・介助などの状況（以下の中からいずれか１つを選択する）	
☐ a. 自立した生活が可能（0） ☐ b. 何らかの介助が必要（1） ☐ c. 日常生活の多くで介助が必要（2） ☐ d. 生命維持医療が必要（4）	
I～VI	合　計 ☐☐ 点

■ **症状の概要、経過、特記すべき事項など　＊500 文字以内**

■ その他の事項

ア．治療その他

1.新生児から乳児期 (NICCD)	☐ 中鎖脂肪酸トリグリセリド（MCT）含有フォーミュラ　☐ 乳糖制限 ☐ 脂溶性ビタミン　☐ 利胆剤（ウルソデオキシコール酸）　☐ その他 ＊その他を選択の場合、以下に詳細を記入
2.適応・代償期	☐ 低糖質・高蛋白質食　☐ MCT オイル　☐ その他 ＊その他を選択の場合、以下に詳細を記入
3.思春期から成人期 (CTLN2)	☐ 低糖質・高脂肪食　☐ MCT オイル　☐ 静注用脂肪乳剤 ☐ アルギニン　☐ カナマイシン　☐ ラクツロース ☐ ピルビン酸ナトリウム（試薬）　☐ 肝移植　☐ その他 ＊その他を選択の場合、以下に詳細を記入

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

使用の有無	☐ 1. あり	
開始時期	西暦 ☐☐☐☐ 年 ☐☐ 月	
離脱の見込み	☐ 1. あり　☐ 2. なし	
種類	☐ 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器 ☐ 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器	
施行状況	☐ 1. 間欠的施行　☐ 2. 夜間に継続的に施行 ☐ 3. 一日中施行　☐ 4. 現在は未施行	
生活状況	食事	☐ 自立　☐ 部分介助　☐ 全介助
	車椅子とベッド間の移動	☐ 自立　☐ 軽度介助 ☐ 部分介助　☐ 全介助
	整容	☐ 自立　☐ 部分介助/不可能
	トイレ動作	☐ 自立　☐ 部分介助　☐ 全介助
	入浴	☐ 自立　☐ 部分介助/不可能
	歩行	☐ 自立　☐ 軽度介助 ☐ 部分介助　☐ 全介助
	階段昇降	☐ 自立　☐ 部分介助　☐ 不能
	着替え	☐ 自立　☐ 部分介助　☐ 全介助
	排便コントロール	☐ 自立　☐ 部分介助　☐ 全介助
	排尿コントロール	☐ 自立　☐ 部分介助　☐ 全介助

医療機関名	
指定医番号	□□□□□□□□□□
医療機関所在地	
電話番号	□□□□□□□□□□□ ＊ハイフンを除き、左詰めで記入
医師の氏名	
記載年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日
診断年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 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ます。）
・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。
・診断年月日欄には、本臨床調査個人票に記載された内容を診断した日を記載してください。
・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。

■ **行政記載欄**

担当自治体				
受理日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日			
公費負担者番号	□□□□□□□□			
認定結果	□ 認定　□ 不認定			
研究同意の有無	□ 有　□ 無			
受給者番号	□□□□□□□			
有効期限	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日			
階層区分	□ 生活保護　□ 低所得Ⅰ　□ 低所得Ⅱ　□ 一般所得Ⅰ □ 一般所得Ⅱ　□ 上位所得　□ その他			
軽症者登録	□ 有　□ 無			
保険情報	保険者番号		被保険者記号	
	被保険者番号		被保険者 個人単位枝番	
	資格取得 年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日		