

024 亜急性硬化性全脳炎

■ 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 <input type="text"/> <input type="text"/> | *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. 症状

| | |
|--|---|
| 1-1. 典型：急速進行型、亜急性進行型、 緩徐進行型、慢性再発-寛解型 | <input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| 1-2. 非典型：症状が痙攣のみの例、Jabbour 分類の I 期が 遷延する例、乳児あるいは成人例 | <input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明 |

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

| | | |
|----------------|--|---|
| 2. 脳脊髄液麻疹抗体の検査 | <input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施 | |
| | 実施日 | 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 |
| | 脳脊髄液麻疹抗体価が高値 | |
| | <input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明 | |
| | HI | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 倍 CF <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 倍 |
| NT | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 倍 EIA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 倍 | |

| | | | | | |
|-------------------|---|---|--|---|---|
| 3. 脳波検査 | <input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施 | | | | |
| | 実施日 | 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 | |
| | 周期性同期性放電 (PSD) の有無 | | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明 | | |
| 4. 脳脊髄液 IgG index | <input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施 | | | | |
| | 実施日 | 西暦 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 | |
| | 脳脊髄液 IgG index の上昇の有無 | | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明 | | |
| | IgG index | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | |
| 5. 脳生検 | <input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施 | | | | |
| | 実施日 | 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 | |
| | 全脳炎の所見の有無 | | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明 | | |
| 6. 分子生物学的診断 | <input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施 | | | | |
| | 実施日 | 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 | |
| | 変異麻疹ウイルスゲノム同定 | | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明 | | |
| 血清麻疹抗体価の検査 | <input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施 | | | | |
| | 実施日 | 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 | |
| | 血清麻疹抗体価が高値 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明 | | | | |
| | HI | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 倍 | CF | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | NT | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 倍 | EIA | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| X線 CT、MRI の検査 | <input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施 | | | | |
| | 実施日 | 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 | |
| | 大脳白質の X 線低吸収域や MRI-T2 高信号域 (II 期以後) | | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明 | | |
| | 大脳皮質の萎縮 (III 期以後) | | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明 | | |

C. 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"/> 1. てんかん <input type="checkbox"/> 2. 心因反応 <input type="checkbox"/> 3. 精神病 | |
| <input type="checkbox"/> 4. 大脳灰白質変性症 <input type="checkbox"/> 5. 広義の進行性ミオクローヌステんかん <input type="checkbox"/> 6. 大脳白質変性症 | |
| <input type="checkbox"/> 7. 副腎白質ジストロフィー <input type="checkbox"/> 8. その他の亜急性及び慢性脳炎 | |

<診断のカテゴリー>

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Definitel : A. 症状が 1-1 典型で B. 検査所見の 2 が高値を示し、B. 検査所見の 3~6 の少なくとも 1 項目を認める |
| <input type="checkbox"/> Definite2 : A. 症状が 1-2 非典型で B. 検査所見の 2 が高値を示し、B. 検査所見の 5、6 の少なくとも 1 項目を認める |
| <input type="checkbox"/> Probable : A. 症状が 1-1 典型で B. 検査所見の 2 が高値を示す |
| <input type="checkbox"/> Possible : A. 症状が 1-2 非典型で B. 検査所見の 2 が高値を示す |
| <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

■ 発症と経過

| | |
|-----------|--|
| 既往歴 | |
| 麻疹の既往歴 | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし |
| | 罹患年齢 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歳 <input type="text"/> <input type="text"/> か月 |
| | 罹患時居住都道府県 |
| 麻疹ワクチン接種歴 | |
| 麻疹ワクチン接種歴 | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし |
| | 接種年齢 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歳 <input type="text"/> <input type="text"/> か月 |

| | | |
|---------------|---|--|
| 兄弟姉妹の 麻疹罹患 | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし | |
| | 罹患時期 | 西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 |
| | 麻疹罹患した 兄弟姉妹の続柄 | |
| 経過 | | |
| これまでの経過 | <input type="checkbox"/> 1. 進行性 <input type="checkbox"/> 2. 進行停止 <input type="checkbox"/> 3. 軽快 <input type="checkbox"/> 4. その他 | |
| 最近の経過 | <input type="checkbox"/> 1. 急速に悪化 <input type="checkbox"/> 2. 徐々に悪化 <input type="checkbox"/> 3. 不変 <input type="checkbox"/> 4. 軽快 <input type="checkbox"/> 5. 治癒 <input type="checkbox"/> 6. その他 | |

■ 治療その他

| | | |
|----------|---|--|
| 気管切開 | <input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施 | |
| | 導入日 | 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 |
| 経管栄養 | <input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施 | |
| | 導入日 | 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 |
| 胃瘻 | <input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施 | |
| | 導入日 | 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 |
| 治療と効果 | | |
| イソプリノシン | <input type="checkbox"/> 1. 使用中 <input type="checkbox"/> 2. 未使用 <input type="checkbox"/> 3. 過去に使用 | |
| | 治療効果 | <input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明 |
| インターフェロン | <input type="checkbox"/> 1. 使用中 <input type="checkbox"/> 2. 未使用 <input type="checkbox"/> 3. 過去に使用 | |
| | 治療効果 | <input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明 |
| リバビリン | <input type="checkbox"/> 1. 使用中 <input type="checkbox"/> 2. 未使用 <input type="checkbox"/> 3. 過去に使用 | |
| | 治療効果 | <input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明 |

| | | |
|----------|--|---|
| その他の薬剤 1 | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし | |
| | 薬剤名 | |
| | | |
| | 治療効果 | <input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明 |
| その他の薬剤 2 | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし | |
| | 薬剤名 | |
| | | |
| | 治療効果 | <input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明 |
| 現在の療養場所 | <input type="checkbox"/> 1. 在宅 <input type="checkbox"/> 2. 病院 <input type="checkbox"/> 3. 養護施設 <input type="checkbox"/> 4. その他 | |

■ 重症度分類に関する事項

| | |
|--------------------------|---|
| Jabbour の臨床病期分類 | |
| <input type="checkbox"/> | I 期：性格変化（無関心、反抗的など）、行動異常、睡眠障害、記憶力低下、学力低下等の、比較的軽微な精神神経症状が緩徐に進行する。 |
| <input type="checkbox"/> | II 期：全身強直発作、失立発作、複雑部分発作などの痙攣発作や運動機能低下、不随意運動といった運動徴候が出現する。特徴的な不随意運動としては、ミオクローヌスが挙げられる。 |
| <input type="checkbox"/> | III 期：意識障害が進行し、徐々に反応不良となり昏睡に至る。 臥床状態で後弓反張、除脳硬直などの異常肢位をとるようになる。 呼吸、循環、体温など自律神経機能も侵される。 |
| <input type="checkbox"/> | IV 期：ミオクローヌスはほとんど消失し、驚愕発作、Moro 様反射などの原始反射が出現する。 最終的に無動性無言となる。 |
| <input type="checkbox"/> | いずれにも該当しない |

■ 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。