

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"/>	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"/>							
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. 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 <input type="text"/> <input type="text"/>	
	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"/> 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
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	<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、記名力低下、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
診断年月日	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。
- 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。