臨 床 調 査 個 人 票

☐ 新規 ☐ 更新

096　クローン病

■　行政記載欄

受給者番号	☐☐☐☐☐☐☐	判定結果	☐ 認定　☐ 不認定

■　基本情報

姓（かな）		名（かな）	
姓（漢字）		名（漢字）	
郵便番号	☐☐☐☐☐☐☐		
住所			
生年月日	西暦 ☐☐☐☐ 年 ☐☐ 月 ☐☐ 日		＊以降、数字は右詰めで記入
性別	☐ 1. 男　☐ 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	☐ 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		
発症年月	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

■　診断基準に関する事項

診断	□ 1. クローン病　□ 2. その他の指定難病　＊2 を選択の場合、以下に記入			
	診断医療機関名			
病型	□ 1. 小腸型　□ 2. 大腸型　□ 3. 小腸大腸型　□ 4. 特殊型			
	上部消化管病変	□ 1. あり　□ 2. なし	肛門病変	□ 1. あり　□ 2. なし

A．主要所見

理学所見			
身長	□□□ cm	体重	□□□ kg
脈拍	□□□ 回/分	体温	□□．□ 度

罹患部位（更新は過去６か月間の最重症時）				
年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日			
最近の罹患部位	☐ 1. 食道	☐ 2. 胃	☐ 3. 十二指腸	☐ 4. 空腸
	☐ 5. 回腸	☐ 6. 虫垂	☐ 7. 結腸	☐ 8. 直腸
	☐ 9. 肛門	☐ 10. その他	☐ 11. 不明	
	結腸の部位	☐ 1. 盲腸	☐ 2. 上行	☐ 3. 横行
		☐ 4. 下行	☐ 5. S 状	

主症状（更新は過去６か月間の最重症時）				
年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日			
軟便・下痢回数	☐ 1. 6 回/日以上	☐ 2. 5 回/日	☐ 3. 4 回/日以下	☐ 4. 不明
腹部 自発痛	☐ 1. あり	☐ 2. なし	肛門病変	☐ 1. あり　☐ 2. なし
瘻孔	☐ 1. あり	☐ 2. なし	腹部腫瘤	☐ 1. あり　☐ 2. なし
体重減少	☐ 1. あり	☐ 2. なし	腹部圧痛	☐ 1. あり　☐ 2. なし
38℃以上の発熱	☐ 1. あり	☐ 2. なし		

合併症				
腸管合併症	☐ 1. あり	☐ 2. なし	☐ 3. 不明	
	種類	☐ 1. 狭窄、閉塞	☐ 2. 瘻孔	☐ 3. 膿瘍（腹腔内、後腹膜）
		☐ 4. 出血	☐ 5. 穿孔	☐ 6. 中毒性巨大結腸症
		☐ 7. 癌・dysplasia	☐ 8. その他	
	癌・dysplasia の部位			
	その他の内容			
腸管外合併症	☐ 1. あり	☐ 2. なし	☐ 3. 不明	
	種類	☐ 1. 関節症状	☐ 2. 皮膚症状	☐ 3. 眼症状
		☐ 4. 原発性硬化性胆管炎	☐ 5. 自己免疫性膵炎	☐ 6. IgG4 関連疾患
		☐ 7. 成長障害	☐ 8. 骨粗鬆症	☐ 9. その他

B．検査所見　＊小数点も１文字として記入する

血液検査（更新時は過去６か月間の最重症時の状態を記載）			
検査実施	□ 1. 実施　□ 2. 未実施		
	検査日　西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日		
白血球	□□□□□□ /μL	総蛋白	□□□□ g/dL
赤血球	□□□□ ×10^4/μL	アルブミン	□□□□ g/dL
ヘモグロビン	□□□□ g/dL	総コレステロール	□□□□ mg/dL
血小板	□□□□□ ×10^4/μL	CRP	□□□□ mg/dL
赤沈（1 時間）	□□□□ mm/hr		

X 線造影検査（更新は過去６か月間の最重症時）				
食道・胃・十二指腸病変				
検査実施	□ 1. 実施　□ 2. 未実施			
	検査日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日		
	病変	□ 1. 縦走潰瘍	□ 2. 敷石像	□ 3. アフタ・小潰瘍
		□ 4. 裂溝	□ 5. 瘻孔	□ 6. 非連続性病変
		□ 7. 狭窄・狭小化	□ 8. 竹の節状外観	□ 9. ノッチ様陥凹
小腸病変				
検査実施	□ 1. 実施　□ 2. 未実施			
	検査日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日		
	病変	□ 1. 縦走潰瘍	□ 2. 敷石像	□ 3. アフタ・小潰瘍
		□ 4. 裂溝	□ 5. 瘻孔	□ 6. 非連続性病変
		□ 7. 狭窄・狭小化		
大腸病変				
検査実施	□ 1. 実施　□ 2. 未実施			
	検査日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日		
	病変	□ 1. 縦走潰瘍	□ 2. 敷石像	□ 3. アフタ・小潰瘍
		□ 4. 裂溝	□ 5. 瘻孔	□ 6. 非連続性病変
		□ 7. 狭窄・狭小化		

内視鏡検査（更新は過去６か月間の最重症時）		
食道・胃・十二指腸病変		
検査実施	☐ 1. 実施　☐ 2. 未実施	
	検査日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日
	病変	☐ 1. 縦走潰瘍　☐ 2. 敷石像　☐ 3. アフタ・小潰瘍 ☐ 4. 裂溝　☐ 5. 瘻孔　☐ 6. 非連続性病変 ☐ 7. 狭窄・狭小化　☐ 8. 竹の節状外観　☐ 9. ノッチ様陥凹
小腸病変		
検査実施	☐ 1. 実施　☐ 2. 未実施	
	検査日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日
	病変	☐ 1. 縦走潰瘍　☐ 2. 敷石像　☐ 3. アフタ・小潰瘍 ☐ 4. 裂溝　☐ 5. 瘻孔　☐ 6. 非連続性病変 ☐ 7. 狭窄・狭小化
大腸病変		
検査実施	☐ 1. 実施　☐ 2. 未実施	
	検査日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日
	病変	☐ 1. 縦走潰瘍　☐ 2. 敷石像　☐ 3. アフタ・小潰瘍 ☐ 4. 裂溝　☐ 5. 瘻孔　☐ 6. 非連続性病変 ☐ 7. 狭窄・狭小化

病理検査（新規）		
検査実施	☐ 1. 実施　☐ 2. 未実施	
	検査日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日
非乾酪性類上皮細胞肉芽腫の有無	☐ 1. あり　☐ 2. なし	
	検出部位	
その他の病理		

糞便病原性微生物検出（新規）			
検査実施	☐ 1. 実施	☐ 2. 未実施	
	検査日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日	
病原微生物検出	☐ 1. あり	☐ 2. なし	
IGRA（QFT or TSPOT）（新規）	☐ 1. 陽性	☐ 2. 陰性	☐ 3. 判定不能・未実施
	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日		

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☑を記入する。	☐ 1. 全て除外可	☐ 2. 除外不可	☐ 3. 不明
☐ 1. 虚血性腸病変	☐ 2. 潰瘍性大腸炎	☐ 3. 腸結核	☐ 4. 腸型ベーチェット病
☐ 5. 単純性潰瘍	☐ 6. NSAIDs 潰瘍	☐ 7. 感染性腸炎	

＜診断のカテゴリー＞

☐ Definite 1：縦走潰瘍または敷石像を有するもの ☐ Definite 2：非乾酪性類上皮細胞肉芽腫と消化管の広範囲に認める不整形～類円形潰瘍またはアフタ、または特徴的な肛門病変を有するもの ☐ Definite 3：消化管の広範囲に認める不整形～類円形潰瘍またはアフタ、特徴的な肛門病変、特徴的な胃・十二指腸病変すべてを有するもの	
☐ Probable 1：非乾酪性類上皮細胞肉芽腫と特徴的な胃・十二指腸病変を有するもの ☐ Probable 2：縦走潰瘍または敷石像を有するが、潰瘍性大腸炎や腸型ベーチェット病、単純性潰瘍、虚血性腸病変と鑑別ができないもの ☐ Probable 3：非乾酪性類上皮細胞肉芽腫のみを有するもの ☐ Probable 4：消化管の広範囲に認める不整形～類円形潰瘍またはアフタ、特徴的な肛門病変、特徴的な胃・十二指腸病変のいずれか２つまたは１つのみを有するもの	
☐ 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

近親者の発症者の有無	
クローン病家系内発生	☐ 1. あり　☐ 2. なし　☐ 3. 不明
	ありの場合
	☐ 1 親等 ☐ 1. 親　☐ 2. 子 ☐ 2 親等 ☐ 1. 兄弟姉妹　☐ 2. 祖父母　☐ 3. 孫 ☐ 3 親等以上　＊3 親等以上を選択の場合、以下に記入
潰瘍性大腸炎家系内発生	☐ 1. あり　☐ 2. なし　☐ 3. 不明
	ありの場合
	☐ 1 親等 ☐ 1. 親　☐ 2. 子 ☐ 2 親等 ☐ 1. 兄弟姉妹　☐ 2. 祖父母　☐ 3. 孫 ☐ 3 親等以上　＊3 親等以上を選択の場合、以下に記入
生活歴・既往歴	
喫煙	☐ 1. 現在の喫煙　☐ 2. 過去の喫煙　☐ 3. なし　☐ 4. 不明
虫垂切除歴	☐ 1. あり　☐ 2. なし
（更新）過去１年間の妊娠（女性のみ）	☐ 1. あり　☐ 2. なし

■　治療その他

内科的治療			
内科的治療の実施有無		□ 1.実施　□ 2.未実施	
現在の治療	ステロイド	□ 1.あり　□ 2.なし	
		種類	□ 1.内服　□ 2.点滴静注
	5-ASA 製剤	□ 1.あり　□ 2.なし	
	免疫調節薬	□ 1.あり　□ 2.なし	
		種類	□ 1.AZA　□ 2.6-MP
	抗 TNFα抗体製剤	□ 1.あり　□ 2.なし	
	抗菌薬 （シプロフロキサシン）	□ 1.あり　□ 2.なし	
	抗菌薬 （メトロニダゾール）	□ 1.あり　□ 2.なし	
	その他の治療	□ 1.あり　□ 2.なし	
薬剤による副作用	□ 1.あり　□ 2.なし		
	チオプリン	□ 1.無顆粒球症　□ 2.その他	
	メサラジン	□ 1.アレルギー　□ 2.その他	
	抗 TNFα抗体製剤	□ 1.infusion reaction　□ 2.皮膚病変 □ 3.感染症　□ 4.その他	
血球成分除去療法		□ 1.あり　□ 2.なし	
栄養療法	IVH	□ 1.あり　□ 2.なし	
		用量	□□□□ kcal/日
	経腸	□ 1.あり　□ 2.なし	
		用量	□□□□ kcal/日

外科的治療			
申請までに行った治療			☐ 1. あり　☐ 2. なし
		腸管切除	□□□ 回
		肛門部手術回数	□□□ 回
手術理由			☐ 1. 腸管狭窄、閉塞　☐ 2. 腸管瘻孔（内瘻）　☐ 3. 腸管瘻孔（外瘻） ☐ 4. 膿瘍（腹腔内、後腹膜）　☐ 5. 腸管出血　☐ 6. 腸管穿孔 ☐ 7. 癌・dysplasia　☐ 8. 内科的治療無効（腸管病変） ☐ 9. 内科的治療無効（肛門病変）　☐ 10. その他
		癌・dysplasia の場合 部位	
		その他の場合	
手術日・術式	1 回目	手術日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日
		術式	☐ 1. 小腸部分切除術　☐ 2. 回盲部切除術　☐ 3. 結腸右半切除術 ☐ 4. 大腸部分切除術　☐ 5. 直腸切断術　☐ 6. 狭窄形成術 ☐ 7. 吻合部切除術　☐ 8. 人工肛門造設術　☐ 9. 肛門手術 ☐ 10. その他　☐ 11. 詳細不明
	2 回目	手術日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日
		術式	☐ 1. 小腸部分切除術　☐ 2. 回盲部切除術　☐ 3. 結腸右半切除術 ☐ 4. 大腸部分切除術　☐ 5. 直腸切断術　☐ 6. 狭窄形成術 ☐ 7. 吻合部切除術　☐ 8. 人工肛門造設術　☐ 9. 肛門手術 ☐ 10. その他　☐ 11. 詳細不明
	3 回目	手術日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日
		術式	☐ 1. 小腸部分切除術　☐ 2. 回盲部切除術　☐ 3. 結腸右半切除術 ☐ 4. 大腸部分切除術　☐ 5. 直腸切断術　☐ 6. 狭窄形成術 ☐ 7. 吻合部切除術　☐ 8. 人工肛門造設術　☐ 9. 肛門手術 ☐ 10. その他　☐ 11. 詳細不明

内視鏡的 狭窄拡張術	□ 1. あり　□ 2. なし	
	実施日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日

■　重症度分類に関する事項

算定日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日
クローン病 IOIBD スコア	□□ 点　＊下記の項目で該当するものを各 1 点とした合計点

□ 1. 腹痛　□ 2. 1 日 6 回以上の下痢あるいは粘血便　□ 3. 肛門部病変　□ 4. 瘻孔

□ 5. その他の合併症
（ぶどう膜炎、虹彩炎、口内炎、関節炎、皮膚症状（結節性紅斑、壊疽性膿皮症）、深部静脈血栓症等）

□ 6. 腹部腫瘤　□ 7. 体重減少　□ 8. 38℃以上の発熱　□ 9. 腹部圧痛

□ 10. ヘモグロビン 10g/dL 以下

■　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	印 ※自筆または押印のこと
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。