臨 床 調 査 個 人 票

☐ 新規　☐ 更新

098-1　好酸球性消化管疾患

（新生児－乳児）

■　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**

A．主要所見

理学所見			
身長	□□□ cm	体重	□□□ kg
当該疾患による、症状が最も重い時期の所見			
西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日			
1. 不活発	□ 1. あり　□ 2. なし	2. 腹部膨満	□ 1. あり　□ 2. なし
3. 嘔吐	□ 1. あり　□ 2. なし	4. 胆汁性嘔吐	□ 1. あり　□ 2. なし
5. 哺乳力低下	□ 1. あり　□ 2. なし	6. 下痢	□ 1. あり　□ 2. なし
7. 血便	□ 1. あり　□ 2. なし	体重増加不良	□ 1. あり　□ 2. なし
食欲不振	□ 1. あり　□ 2. なし	腹痛	□ 1. あり　□ 2. なし
その他の症状			

合併症				
腸穿孔	□ 1. あり □ 2. なし		腸閉塞	□ 1. あり □ 2. なし
ショック	□ 1. あり □ 2. なし		成長遅滞	□ 1. あり □ 2. なし
外科手術が必要となった	□ 1. あり □ 2. なし			
	内容			
その他	□ 1. あり □ 2. なし			
	内容			

B．検査所見　＊小数点も１文字として記入する

血液検査			
検査年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日		
ヘモグロビン	□□□□ g/dL	白血球	□□□□□□ /μL
血小板	□□□□□ ×10^4/μL	好中球	□□.□ %
好酸球	□□.□ %	リンパ球	□□.□ %
単球	□□.□ %	好塩基球	□□.□ %
総蛋白	□□□□ g/dL	ナトリウム	□□□□ mEq/L
カリウム	□□□□ mEq/L	クロール	□□□□ mEq/L
CRP	□□□□ mg/dL	総 IgE	□□□□ IU/mL
牛乳特異的 IgE	クラス値		
血清補体価 (CH50)	□□□□□ U/mL		
リンパ球刺激試験	検査年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日	
	□ 1. 陽性	□ 2. 陰性	
	抗原と Stimulation Index		

血液凝固能			
プロトロンビン時間	□□□.□ 秒	APTT	□□□.□ 秒

血液ガス			
水素イオン濃度（pH）	□□□□	酸素分圧（PaO_2）	□□□ Torr
炭酸ガス分圧（$PaCO_2$）	□□□ Torr	酸素飽和度（SaO_2）	□□.□ %

便検査			
検査年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日		
便潜血	□ 1.＋ □ 2.－	石垣状便粘液好酸球（便粘液細胞診による）	□ 1.あり □ 2.なし
便培養	□ 1.実施 □ 2.未実施	寄生虫卵検査	□ 1.実施 □ 2.未実施

病理検査			
検査年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日		
食道粘膜上皮内好酸球	□ 1.あり □ 2.なし □□□□ /HPF	胃粘膜内好酸球	□ 1.あり □ 2.なし □□□□ /HPF
小腸粘膜内好酸球	□ 1.あり □ 2.なし □□□□ /HPF	大腸粘膜内好酸球	□ 1.あり □ 2.なし □□□□ /HPF

腹腔穿刺	
検査年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日
腹水内の好酸球	□□.□ %

内視鏡検査				
検査年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日			
食道	□ 1.浮腫	□ 2.発赤	□ 3.びらん	□ その他
胃	□ 1.浮腫	□ 2.発赤	□ 3.びらん	□ その他
小腸	□ 1.浮腫	□ 2.発赤	□ 3.びらん	□ その他
大腸	□ 1.浮腫	□ 2.発赤	□ 3.びらん	□ その他

CT 検査				
検査年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日			
食道壁の肥厚	□ 1. あり □ 2. なし	胃腸壁の肥厚	□ 1. あり □ 2. なし	
腹水	□ 1. あり □ 2. なし			

X 線検査		
腹部単純撮影	検査日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日
	□ 1. 所見あり □ 2. なし	
	内容	
上部消化管造影	検査日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日
	□ 1. 所見あり □ 2. なし	
	内容	
下部消化管造影	検査日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日
	□ 1. 所見あり □ 2. なし	
	内容	
治療乳への変更	□ 1. あり □ 2. なし	
ミルク負荷試験	□ 1. 実施 □ 2. 未実施	
	結果	

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。	□ 1. 全て除外可 □ 2. 除外不可 □ 3. 不明		
□ 1. 壊死性腸炎	□ 2. 消化管閉鎖	□ 3. 細菌性腸炎	□ 4. 偽膜性腸炎
□ 5. 溶血性尿毒症症候群	□ 6. 寄生虫疾患	□ 7. 乳糖不耐症	□ 8. 新生児メレナ
□ 9. メッケル憩室症	□ 10. 中腸軸捻転	□ 11. 腸重積	□ 12. 幽門狭窄症
□ 13. ヒルシュスプルング病	□ 14. クローン病	□ 15. 潰瘍性大腸炎	

＜診断のカテゴリー＞

新生児期、乳児期早期に哺乳開始後、A主要所見の1～7のいずれかの症状が見られ、鑑別診断ですべて除外可、治療乳への変更で症状消失を確認	☐ 1. 該当　☐ 2. 非該当

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（新規）

初発症状		
☐ 1. 嘔吐　☐ 2. 下痢　☐ 3. 血便　☐ 4. 体重増加不良・体重減少　☐ 5. 嚥下障害 ☐ 6. 食欲不振　☐ 7. 腹痛　☐ 8. 成長障害　☐ 9. 食物嵌頓		
既往歴		
基礎疾患	☐ 1. あり　☐ 2. なし	
	内容	
先天性疾患	☐ 1. あり　☐ 2. なし	
	内容	
手術歴	☐ 1. あり　☐ 2. なし	
	内容	
周産期の異常	☐ 1. あり　☐ 2. なし	
	内容	
アレルギー歴	☐ 1. 幼児喘息　☐ 2. アトピー性皮膚炎　☐ 3. 即時型食物アレルギー ☐ 4. なし　☐ 5. 不明	

■ 治療その他

内科的治療		
食餌療法	□ 1. あり　□ 2. なし	
	具体的に	
	治療効果	□ 1. 改善　□ 2. 不変　□ 3. 悪化　□ 4. 不明
現時点で 本症の原因と考えられ、 摂取が不可能な食物	□ 1. 牛乳由来ミルク　□ 2. 大豆　□ 3. 米　□ 4. 小麦 □ 5. 卵　□ 6. 魚　□ 7. 肉　□ 8. その他	
	その他の食物	
副腎皮質ステロイド	□ 1. あり　□ 2. なし	
	プレドニゾロン換算量	□□□□□ mg
		□ mg/日　□ mg/週
	治療効果	□ 1. 改善　□ 2. 不変　□ 3. 悪化　□ 4. 不明
中心静脈栄養	□ 1. 行った　□ 2. 行っていない	
その他の治療法	□ 1. あり　□ 2. なし	
	内容	
	治療効果	□ 1. 改善　□ 2. 不変　□ 3. 悪化　□ 4. 不明

■ 重症度分類に関する事項

□ 1. 重症：次の重度の症状を伴う場合 □ 腸穿孔　□ 腸閉塞　□ 外科手術が必要となった □ 重度のショック　□ 成長障害　□ 低蛋白血症
□ 2. 重症：N-FPIES 症状スコア 40 点以上
□ 3. 中等症：N-FPIES 症状スコア 20 点～39 点
□ 4. 軽症：N-FPIES 症状スコア 19 点以下

N-FPIES 症状スコア表

全身状態 （本症による状態悪化が推定される場合）	□ 1. 調子よく、行動制限なし(0)　□ 2. 月齢相応の行動が、通常より制限される(6) □ 3. 状態不良でしばしば行動制限あり(12)　□ 4. 発達の明らかな遅れあり(18)
体重、SD	□ 1. -1SD 以上　□ 2. -1SD 未満(3)　□ 3. -2SD 未満(12)　□ 4. -3SD 未満(18)
嘔吐	□ 1. 嘔吐なし(0)　□ 2. 1～2 回/日の嘔吐(6) □ 3. 3～5 回/日の嘔吐(12)　□ 4. 6 回/日以上の嘔吐(16)
食欲不振	□ 1. 食欲はある(0)　□ 2. 食欲がないことがある(6) □ 3. 食欲はいつもない(12) □ 4. 食欲はほとんどなく、経管栄養などを必要とする(16)
下痢	□ 1. 0～1 回/日の水様便まで(0)　□ 2. 2～5 回/日の水様便 月に 7 日以上(6) □ 3. 6 回以上/日の水様便 1 日以上(12) □ 4. 脱水を起こし、点滴を必要とした(16)
血便	□ 1. 血便なし(0)　□ 2. 少量の血が混じる程度 月に 4 日以上(6) □ 3. 明らかな血便 月に 4 日以上 (12) □ 4. 大量の血便 月に 4 日以上(16)
合計点数 （カッコ内の数の合計）	□□□ 点

■　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。