臨 床 調 査 個 人 票

□ 新規 □ 更新

098-2　好酸球性消化管疾患

(小児－成人)

■　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．臨床所見

理学所見			
身長	□□□ cm	体重	□□□ kg
脈拍	□□□ 回/分	体温	□□．□ 度
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.嚥下障害	□ 1.あり　□ 2.なし	2.つかえ感	□ 1.あり　□ 2.なし
3.腹痛	□ 1.あり　□ 2.なし	4.下痢	□ 1.あり　□ 2.なし
5.嘔吐	□ 1.あり　□ 2.なし	食物嵌頓	□ 1.あり　□ 2.なし
食欲不振	□ 1.あり　□ 2.なし	胸焼け	□ 1.あり　□ 2.なし
体重増加不良または体重減少	□ 1.あり　□ 2.なし	るいそう	□ 1.あり　□ 2.なし
成長障害	□ 1.あり　□ 2.なし	血便	□ 1.あり　□ 2.なし

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	成長障害	□ 1. あり □ 2. なし
ステロイド長期使用による副作用	□ 1. あり □ 2. なし		
	内容		
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		
赤血球	□□□□ ×10^4/μL	ヘモグロビン	□□□□ g/dL
白血球	□□□□□□ /μL	好中球	□□.□ %
好酸球	□□.□ %	リンパ球	□□.□ %
単球	□□.□ %	好塩基球	□□.□ %
血小板	□□□□□ ×10^4/μL	総蛋白	□□□□ g/dL
アルブミン	□□□□ g/dL	AST	□□□□□ IU/L
ALT	□□□□□ IU/L	LDH	□□□□□ IU/L
尿素窒素	□□□□ mg/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

食物特異的 IgE（クラス）				
血清補体価 (CH50)	□□□□□ U/mL			
便検査				
検査年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日			
便潜血	□ 1.+ □ 2.−	便粘液好酸球	□ 1.あり □ 2.なし	
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			
胃所見	□ 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			
食道所見	白斑	□ 1.あり □ 2.なし	縦走溝	□ 1.あり □ 2.なし
	気管様狭窄	□ 1.あり □ 2.なし		
CT または MRI 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		
その他			
X 線検査			
腹部単純撮影	検査年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日	
	☐ 1. 所見あり　☐ 2. なし		
	内容		
上部消化管造影	検査年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日	
	☐ 1. 所見あり　☐ 2. なし		
	内容		
下部消化管造影	検査年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日	
	☐ 1. 所見あり　☐ 2. なし		
	内容		

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. クローン病　☐ 2. 潰瘍性大腸炎　☐ 3. 胃十二指腸潰瘍　☐ 4. 薬剤性消化管障害

☐ 5. ヘリコバクター・ピロリ感染症　☐ 6. 消化管リンパ腫　☐ 7. 大腸がん

☐ 8. 食道がん　☐ 9. 胃食道逆流症　☐ 10. 寄生虫疾患　☐ 11. 感染性腸炎

☐ 12. 偽膜性腸炎　☐ 13. メッケル憩室　☐ 14. 他疾患による食道狭窄

☐ 15. アカラジア　☐ 16. 好酸球増多症候群　☐ 17. 中腸軸捻転　☐ 18. 消化管閉鎖

☐ 19. 腸重積　☐ 20. ヒルシュスプルング病

☐ 21. 乳糖不耐症　☐ 22. ヘノッホ・シェーンライン紫斑病

＜診断のカテゴリー＞

☐ 好酸球性食道炎：Aの 1 またはAの 2 の症状を有し、食道粘膜の生検で上皮内に 20/HPF 以上の好酸球が存在
☐ 好酸球性胃腸炎：Aの 3～5 のいずれかの症状を有し、以下の 2 項目のうちのいずれかを満たす
☐ 胃、小腸、大腸の生検で粘膜内に 20/HPF 以上の好酸球浸潤が存在し、鑑別診断で他の炎症性腸疾患を全て除外できる。 ☐ 腹水が存在し腹水中に多数の好酸球が存在している。
☐ 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（新規）

初発症状		
☐ 1. 嘔吐　☐ 2. 嚥下障害　☐ 3. つかえ感　☐ 4. 食物嵌頓　☐ 5. 胸焼け　☐ 6. 食欲不振 ☐ 7. 腹痛　☐ 8. 体重増加不良　☐ 9. 成長障害　☐ 10. 下痢　☐ 11. 血便		
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. 気管支喘息　☐ 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. 乳　☐ 2. 大豆　☐ 3. 米　☐ 4. 小麦 ☐ 5. 卵　☐ 6. 魚　☐ 7. 肉　☐ 8. その他	
プロトンポンプ阻害薬	☐ 1. あり　☐ 2. なし	
	名称	
	用量	□□□□ mg/日
	治療効果	☐ 1. 改善　☐ 2. 不変　☐ 3. 悪化　☐ 4. 不明
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
抗アレルギー薬	☐ 1. あり　☐ 2. なし	
	名称	
	治療効果	☐ 1. 改善　☐ 2. 不変　☐ 3. 悪化　☐ 4. 不明

吸入用ステロイド	☐ 1. あり　☐ 2. なし	
	名称	
	用量	□□□□ μg/日
	治療効果	☐ 1. 改善　☐ 2. 不変　☐ 3. 悪化　☐ 4. 不明
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**

共通質問	
副作用が懸念される抗炎症薬治療	☐ 1. あり　☐ 2. なし
	内容
治療のために食物除去を行っている	☐ 1. あり　☐ 2. なし
重症度（年齢に対応する表の合計点を使用）	
☐ 1. 重症（2～19 歳のみ）：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　☐ ステロイド長期使用による副作用	
☐ 2. 重症（40 点以上）	
☐ 3. 中等症（15～39 点）	
☐ 4. 軽症（14 点以下）	

2～19 歳（症状スコア採点表）

全身状態（EGID 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. 年齢相応の行動が、通常より制限される(3) ☐ 3. 状態不良でしばしば行動制限あり(6)　☐ 4. 発達の明らかな遅れあり(10)
体重	☐ 1. 体重増加、もしくは安定(0)　☐ 2. 体重が増えない(3) ☐ 3. 体重＜-2SD(6)　☐ 4. 体重＜-3SD(9)
身長	☐ 1. -1SD≦身長(0) ☐ 2. -2SD≦身長＜-1SD(両親の身長から問題なければカウントしない)(3) ☐ 3. 身長＜-2SD (6)　☐ 4. 身長＜-3SD(9)
上部消化管を代表する症状(1)嘔吐	☐ 1. 嘔気なし(0)　☐ 2. 嘔気あり(嘔吐なし)月に 4 日以上(3) ☐ 3. 1 回/日の嘔吐 月に 4 日以上(5)　☐ 4. 2～5 回/日の嘔吐 月に 4 日以上(7) ☐ 5. 6 回/日以上の嘔吐 月 1 日以上(9)
上部消化管を代表する症状(2)嚥下障害	☐ 1. 普通に食物を飲み込める(0) ☐ 2. 飲み込みにくいことがある 月に 4 日以上(3) ☐ 3. いつも飲み込みにくく苦労する(6) ☐ 4. 食物圧入、または内視鏡による摘出を経験した(9)
上部消化管を代表する症状(3)食欲不振	☐ 1. 食欲はある(0)　☐ 2. 食欲がないことがある 月に 4 日以上(3) ☐ 3. 食欲はいつもない(6) ☐ 4. 食欲はほとんどなく、経管栄養などを必要とする(9)
腹痛	☐ 1. 腹痛なし(0)　☐ 2. 軽度、短時間で、活動を制限しない(3) ☐ 3. 中等度、連日で長く続いたり、就眠後に起こる(6) ☐ 4. 重度、鎮痛剤の使用を必要とする痛みが常にある(9)
下部消化管を代表する症状(1)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 4 日以上(3) ☐ 3. 6 回以上/日の水様便 月に 4 日以上(6) ☐ 4. 脱水を起こした、点滴を必要とした(9)
下部消化管を代表する症状(2)血便	☐ 1. 血便なし(0)　☐ 2. 少量の血が混じる程度 1 回/日以上(3) ☐ 3. 明らかな血便 1 回/日以上(6)　☐ 4. 大量の血便(9)

検査所見	☐ 1.アルブミン(Alb)、ヘモグロビン(Hb)とも異常なし(0) ☐ 2.3.0≦Alb＜3.5, and/or 9.0≦Hb＜11.0(3) ☐ 3.Alb＜3.0 and/or Hb＜9.0(6)　☐ 4.Alb＜2.0 and/or Hb＜7.0(9)
末梢血好酸球割合	☐ 1.0 から 5%未満(0)　☐ 2.5%以上 10%未満(3) ☐ 3.10%以上 20%未満(6)　☐ 4.20%以上(9)
合計点数 （カッコ内の数の合計）	☐☐☐ 点

20 歳以上（成人 EGID 重症度評価票）

上部消化管を代表する症状(1) 嘔吐	☐ 1.嘔気なし(0)　☐ 2.嘔気あり（嘔吐なし）(3) ☐ 3.1 回/日の嘔吐 月に 4 日以上(5)　☐ 4.2～5 回/日の嘔吐 月に 4 日以上(7) ☐ 5.6 回/日以上の嘔吐 月に 1 日以上(9)
上部消化管を代表する症状(2) 嚥下障害	☐ 1.普通に食物を飲み込める(0)　☐ 2.いつも飲み込みにくく苦労する(6) ☐ 3.食物圧入、または内視鏡による摘出を経験した(9)
上部消化管を代表する症状(3) 食欲不振	☐ 1.食欲はある(0)　☐ 2.食欲はいつもない(6) ☐ 3.食欲はほとんどなく、経管栄養などを必要とする(9)
腹痛	☐ 1.腹痛なし(0)　☐ 2.軽度、短時間で、活動を制限しない(3) ☐ 3.中等度、連日で長く続いたり、就眠後に起こる(6) ☐ 4.重度、鎮痛剤の使用を必要とする痛みが常にある(9)
下部消化管を代表する症状(1) 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 4 日以上(3) ☐ 3.6 回以上/日の水様便 月に 4 日以上(6)　☐ 4.脱水を起こした(9)
下部消化管を代表する症状(2) 血便	☐ 1.血便なし(0)　☐ 2.少量の血が混じる程度 月に 1 回以上(3) ☐ 3.明らかな血便 月に 1 回以上(6)　☐ 4.連日、大量の血便(9)
検査所見（最小値をお選びください）	☐ 1.アルブミン（Alb）異常なし(0)　☐ 2.3.0≦Alb＜3.5(3) ☐ 3.2.0≦Alb＜3.0(6)　☐ 4.Alb＜2.0(9)
末梢血好酸球割合（最大値をお選びください）	☐ 1.0 から 5%未満(0)　☐ 2.5%以上 10%未満(3) ☐ 3.10%以上 20%未満(6)　☐ 4. 20%以上(9)

これまでに EGID の合併症（穿孔、狭窄など）を解除するために手術を行った	☐ 1. いいえ(0)	☐ 2. はい(5)
EGID の治療目的で過去一年間にステロイド、免疫抑制薬などの副作用が懸念される薬剤を使用	☐ 1. 使用していない(0)	☐ 2. 使用した(5)
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。