

116 アトピー性脊髄炎

■ 患者情報

保険情報	保険者番号		被保険者記号	
	被保険者番号		被保険者 個人単位枝番	
	資格取得 年月日	西暦 年 月 日	*以降、数字は 右詰めで記入	
氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
以前の登録氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
住所	郵便番号	-		
	都道府県			
	市区町村			
	丁目番地等			
生年月日	西暦 年 月 日			
性別	☐ 男性 ☐ 女性			
出生地	都道府県			
	市区町村			

■ 基本情報

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		
発症時期	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	
手帳取得状況		
身体障害者手帳	☐ 1. なし ☐ 2. あり（等級 ☐ 1級 ☐ 2級 ☐ 3級 ☐ 4級 ☐ 5級 ☐ 6級）	
療育手帳	☐ 1. なし ☐ 2. あり	
精神障害者 保健福祉手帳 （障害者手帳）	☐ 1. なし ☐ 2. あり（等級 ☐ 1級 ☐ 2級 ☐ 3級）	
人工呼吸器等装着者認定基準に該当		
☐ 1. する ☐ 2. しない ☐ 3. 不明		

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

- ☐ Definite 1 : 絶対基準+病理基準
- ☐ Definite 2 : 絶対基準+相対基準 (1~3) のうち 2 個以上+相対基準 (4)
- ☐ Probable 1 : 絶対基準+相対基準 (1~3) のうち 1 個+相対基準 (4)
- ☐ Probable 2 : 絶対基準+相対基準 (1~3) のうち 2 個以上
- ☐ いずれにも該当しない

A. 絶対基準

以下を全て満たす。	☐ 1. 該当	☐ 2. 非該当	☐ 3. 不明
(1) 原因不明の脊髄炎 (D. 鑑別疾患が除外されていること)	☐ 1. 該当	☐ 2. 非該当	☐ 3. 不明
(2) 抗原特異的 IgE 陽性	☐ 1. 該当	☐ 2. 非該当	☐ 3. 不明
(3) Barkhof の多発性硬化症の脳 MRI 基準を満たさない	☐ 1. 該当	☐ 2. 非該当	☐ 3. 不明
(4) 脊髄 MRI で 3 椎体以上の長大病変を認めない	☐ 1. 該当	☐ 2. 非該当	☐ 3. 不明

B. 病理基準

脊髄生検組織で、血管周囲リンパ球浸潤や好酸球の浸潤を認め、肉芽腫を伴う事もある	☐ 1. 該当	☐ 2. 非該当	☐ 3. 不明
---	--------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

C. 相対基準

(1) 現在又は過去のアトピー性疾患歴	☐ 1. あり	☐ 2. なし	☐ 3. 不明
(2) 高 IgE 血症 (>240 U/mL)	☐ 1. あり	☐ 2. なし	☐ 3. 不明
血液検査	IgE	IU/mL	
(3) 髄液中 IL9 又は CCL11 の増加、あるいは抗 plexin D1 抗体が陽性	髄液中 IL9	☐ 1. 増加	☐ 2. 変化なし ☐ 3. 不明
	髄液中 CCL11	☐ 1. 増加	☐ 2. 変化なし ☐ 3. 不明
	髄液中抗 plexin D1 抗体	☐ 1. 陽性	☐ 2. 陰性 ☐ 3. 不明
(4) オリゴクローナルバンドなし (髄液)	☐ 1. 該当	☐ 2. 非該当	☐ 3. 不明

D. 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
☐ 寄生虫性脊髄炎 ☐ 多発性硬化症 ☐ 膠原病・血管炎 ☐ HTLV-1 関連脊髄症 ☐ サルコイドーシス ☐ 視神経脊髄炎 ☐ 神経梅毒 ☐ 頸椎症性脊髄症 ☐ 脊髄腫瘍 ☐ 脊髄血管奇形・動静脈瘻	

■ 重症度分類に関する事項

EDSS							
グレード	☐ 0	☐ 1.0	☐ 1.5	☐ 2.0	☐ 2.5	☐ 3.0	☐ 3.5
	☐ 4.0	☐ 4.5	☐ 5.0	☐ 5.5	☐ 6.0	☐ 6.5	☐ 7.0
	☐ 7.5	☐ 8.0	☐ 8.5	☐ 9.0	☐ 9.5	☐ 10.0	
感覚障害 FS (Functional System)							
グレード	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
錐体路障害 FS (Functional System)							
グレード	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など *500 文字以内

--

■ その他の事項

臨床所見

診断日	西暦 年 月 日
臨床経過	☐ 1. 単相性 ☐ 2. 再発寛解型 ☐ 3. 動揺性 ☐ 4. 慢性進行性
アトピー性疾患の増悪と神経症状の増悪との関連	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明
アレルギー特異的 IgE の有無	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明 認識するアレルギー
過去あるいは現在罹患しているアトピー性疾患	☐ 1. アトピー性皮膚炎 ☐ 2. 喘息 ☐ 3. アレルギー性鼻炎（花粉症） ☐ 4. 食物アレルギー ☐ 5. アレルギー性結膜炎 ☐ 6. その他

検査所見

脊髄 MRI 異常信号病巣	☐ 1. 正常 ☐ 2. 異常信号有り ☐ 3. 未施行 部位
末梢神経伝導検査	☐ 1. 正常 ☐ 2. 異常（脱髄型） ☐ 3. 異常（軸索障害型） ☐ 4. 未施行
誘発電位検査	運動誘発電位 ☐ 1. 正常 ☐ 2. 異常（中枢性） ☐ 3. 異常（末梢性） ☐ 4. 異常（両者） ☐ 5. 未施行 体性感覚誘発電位 ☐ 1. 正常 ☐ 2. 異常（中枢性） ☐ 3. 異常（末梢性） ☐ 4. 異常（両者） ☐ 5. 未施行 視覚誘発電位 ☐ 1. 正常 ☐ 2. 異常 ☐ 3. 未施行

髄液検査	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
	蛋白	☐ 1. 正常 ☐ 2. 異常
		値 mg/dL
	細胞数	☐ 1. 正常 ☐ 2. 異常
個/ μ L		
脳 MRI	☐ 1. 正常 ☐ 2. Barkof 基準満たす病巣有り ☐ 3. Barkof 基準満たさない病巣有り ☐ 4. 未施行	

治療その他

経口副腎皮質ステロイド	☐ 1. 有効 ☐ 2. 無効 ☐ 3. 未施行		
副腎皮質ステロイドパルス	☐ 1. 有効 ☐ 2. 無効 ☐ 3. 未施行		
免疫抑制薬	☐ 1. 有効 ☐ 2. 無効 ☐ 3. 未施行		
	薬品名		
血漿交換	☐ 1. 有効 ☐ 2. 無効 ☐ 3. 未施行		
免疫グロブリン静注	☐ 1. 有効 ☐ 2. 無効 ☐ 3. 未施行		

■ 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												
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。

■ 行政記載欄

担当自治体												
受理日	西暦				年			月			日	
公費負担者番号												
認定結果	☐ 認定 ☐ 不認定											
研究同意の有無	☐ 有 ☐ 無											
受給者番号												
有効期限	西暦					年			月			日
階層区分	☐ 生活保護 ☐ 低所得Ⅰ ☐ 低所得Ⅱ ☐ 一般所得Ⅰ ☐ 一般所得Ⅱ ☐ 上位所得 ☐ その他											
軽症者登録	☐ 有 ☐ 無											
保険情報	保険者番号					被保険者記号						
	被保険者番号					被保険者 個人単位枝番						
	資格取得 年月日	西暦					年			月		