臨 床 調 査 個 人 票

□ 新規 □ 更新

234-1　ペルオキシソーム病（副腎白質ジストロフィーを除く。）

（ペルオキシソーム形成異常症）

■　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＞

☐ ツェルベーガースペクトラム（Definite 1）：以下の(1)～(3)の項目を全て満たすもの

(1) A．症状の 1～3 で述べた項目

(2) 血中ペルオキシソーム代謝産物の異常

(3) 患者細胞を用いた免疫染色にてペルオキシソームタンパクの局在化異常を認める

☐ ツェルベーガースペクトラム（Definite 2）：PEX 遺伝子変異が同定されたもの

☐ RCDP type1（Definite）：以下の(1)～(3)の項目を全て満たすもの

(1) A．症状の 4 で述べた項目

(2) 血中ペルオキシソーム代謝産物の測定で、フィタン酸の増加およびプラスマローゲンの減少。極長鎖脂肪酸は正常。

(3) PEX7 遺伝子病原性変異が同定されたもの

☐ いずれにも該当しない

A．症状

1. ツェルベーガー症候群の場合、以下の項目をおおむね満たす	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明

☐ 出生直後よりの筋緊張低下

☐ 顔貌異常

☐ 前額突出 ☐ 大泉門開大 ☐ 鼻根部扁平 ☐ 内眼角贅皮

☐ 眼間開離 ☐ 小顎など

☐ 眼科的異常

☐ 白内障 ☐ 緑内障 ☐ 角膜混濁 ☐ 網膜色素変性

☐ 肝腫大 ☐ 腎皮質小嚢胞 ☐ 関節の異常石灰化 ☐ 哺乳障害

☐ 重度の精神運動発達遅滞 ☐ けいれん ☐ 肝機能障害 ☐ トランスアミナーゼの高値

☐ 直接・間接ビリルビンの高値 ☐ 凝固因子の低下

2. 新生児型副腎白質ジストロフィーの場合、以下の項目をおおむね満たす	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明

☐ 顔貌異常 ☐ 出生時の筋緊張低下 ☐ 眼科的異常 ☐ 難聴 ☐ 肝腫大

☐ 精神運動発達遅滞 ☐ 退行 ☐ 腎嚢胞、関節の石灰化は認めない

☐ 新生児けいれん（ツェルベーガー症候群より重症で、脳波でヒプスアリスミアを認める症例もあり、抗けいれん剤にても極めて難治である）

3. 乳児レフサム病の場合、以下の項目をおおむね満たす	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明

☐ 軽度の顔貌異常 ☐ 肝腫大 ☐ 特徴的発達（1 歳位まで比較的順調、その後退行）

☐ 筋緊張低下 ☐ 失調歩行 ☐ 視覚異常 ☐ 聴覚異常

☐ 網膜色素変性症 ☐ 感音性難聴

4. 根性点状軟骨異形成症 1 型（RCDP type1）の場合、以下の項目をおおむね満たす	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明

☐ 近位優位な対称性の四肢短縮症 ☐ 関節の点状石灰化

☐ 異常顔貌

☐ 小頭症 ☐ 前額突出 ☐ 鼻根部扁平

☐ 白内障 ☐ 精神運動発達遅滞（ ☐ 重度 ） ☐ 成長障害 ☐ けいれん

☐ 呼吸器感染 ☐ 魚鱗癬

B．検査所見

1. 血中ペルオキシソーム代謝産物の測定（診断マーカー）	
① 極長鎖脂肪酸 ・ツェルベーガースペクトラムでは C26:0、C25:0、C24:0 などの血中極長鎖脂肪酸の増加を認める ・軽症型では、増加の程度も軽度になる ・RCDP type1 では増加を認めない	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
② フィタン酸、プリスタン酸 ・ツェルベーガースペクトラムではフィタン酸、プリスタン酸とも増加する傾向にある ・RCDP type1 ではフィタン酸の増加は認めるが、プリスタン酸の増加は認めない	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
③ プラスマローゲン ・ツェルベーガースペクトラムでも RCDP type1 でも低下する。軽症例では低下の程度も軽度になる。	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
2. 患者細胞を用いた免疫染色	
皮膚生検により培養線維芽細胞等を樹立して、ペルオキシソームタンパクの細胞内局在を免疫染色で観察する。主にカタラーゼ抗体が用いられており、ツェルベーガースペクトラムでは通常、細胞内に点状に染まるカタラーゼ顆粒（ペルオキシソーム）はみられない。ただし、軽症型では対照に比べて少数、またはモザイク様に顆粒がみられることがある。RCDP type1 では対照とほぼ同様に観察される。	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明

C．遺伝学的検査

遺伝子異常の有無 異常があった遺伝子には☑を記入する。	☐ 1. あり　☐ 2. 検査範囲内異常なし　☐ 3. 検査未実施

1. ツェルベーガースペクトラム

☐ PEX1　☐ PEX2　☐ PEX3　☐ PEX5　☐ PEX6　☐ PEX10

☐ PEX12　☐ PEX13　☐ PEX14　☐ PEX16　☐ PEX19　☐ PEX26

2. RCDP type1

☐ PEX7

D．鑑別診断

以下の該当する病型の疾病を鑑別し、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. ツェルベーガースペクトラムの場合	＜新生児期＞ ☐ ダウン症候群　☐ プラダー・ウィリ症候群　☐ 脊髄性筋萎縮症 ☐ 他の先天性筋疾患　☐ 染色体異常症　☐ 原因不明の奇形症候群
	＜乳幼児期以降＞ ☐ アッシャー症候群　☐ レーベル病　☐ コケイン症候群 ☐ 先天感染症　☐ 白質変性をきたすライソゾーム病 ☐ ミトコンドリア病　☐ 網膜色素変性症 ☐ 白質変性症　☐ 脊髄小脳変性症
	＜全経過＞ ☐ 他のペルオキシソーム病 ☐ ペルオキシソームβ酸化酵素欠損症　☐ CADDS ☐ 副腎白質ジストロフィー　☐ レフサム病 ☐ 原発性高シュウ酸尿症1型　☐ その他
2. RCDP type1 の場合	☐ 点状軟骨異形成症をはじめとする骨系統疾患 ☐ 他のペルオキシソーム病 ☐ プラスマローゲン合成酵素欠損症の RCDP type2 および3 ☐ ツェルベーガースペクトラム ☐ レフサム病　☐ その他

■ 重症度分類に関する事項

modified Rankin Scale (mRS)

- ☐ 0. まったく症候がない
- ☐ 1. 症候はあっても明らかな障害はない（日常の勤めや活動は行える）
- ☐ 2. 軽度の障害
  （発症以前の活動がすべて行えるわけではないが、自分の身の回りのことは介助なしに行える）
- ☐ 3. 中等度の障害（何らかの介助を必要とするが、歩行は介助なしに行える）
- ☐ 4. 中等度から重度の障害（歩行や身体的要求には介助が必要である）
- ☐ 5. 重度の障害（寝たきり、失禁状態、常に介護と見守りを必要とする）

食事・栄養

- ☐ 0. 症候なし
- ☐ 1. 時にむせる、食事動作がぎこちないなどの症候があるが、社会生活・日常生活に支障ない
- ☐ 2. 食物形態の工夫や、食事時の道具の工夫を必要とする
- ☐ 3. 食事・栄養摂取に何らかの介助を要する
- ☐ 4. 補助的な非経口的栄養摂取（経管栄養、中心静脈栄養など）を必要とする
- ☐ 5. 全面的に非経口的栄養摂取に依存している

呼吸

- ☐ 0. 症候なし
- ☐ 1. 肺活量の低下などの所見はあるが、社会生活・日常生活に支障ない
- ☐ 2. 呼吸障害のために軽度の息切れなどの症状がある
- ☐ 3. 呼吸症状が睡眠の妨げになる、あるいは着替えなどの日常生活動作で息切れが生じる
- ☐ 4. 喀痰の吸引あるいは間欠的な換気補助装置使用が必要
- ☐ 5. 気管切開あるいは継続的な換気補助装置使用が必要

■ 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

発症と経過

発症時期	□□ 歳 □□ か月	診断時期	□□ 歳 □□ か月
診断に繋がった症状			

検査所見（新規）

1. 画像診断（頭部 MRI、頭部 CT）	
・ツェルベーガー症候群の頭部 CT では側脳室拡大（胎児エコーで見つかることもある） ・MRI 画像では髄鞘化障害と脳回形成異常が特徴的で側脳室拡大や脳梁低形成も認める	□ 1. 該当 □ 2. 非該当 □ 3. 不明
・新生児型副腎白質ジストロフィーの脳画像所見では、形成異常は乏しく、進行性の脳萎縮と白質変性を認める	□ 1. 該当 □ 2. 非該当 □ 3. 不明
・乳児レフサム病の脳 MRI 所見では錐体路、小脳歯状核、脳梁に異常信号が認められ、その後、小脳から大脳白質に広がる症例も認める	□ 1. 該当 □ 2. 非該当 □ 3. 不明
・RCDP type1 では軽度の大脳、小脳の萎縮や MRI にて髄鞘化遅延や白質の異常信号、頸椎狭窄などを認める	□ 1. 該当 □ 2. 非該当 □ 3. 不明
2. 相補性解析	
ツェルベーガースペクトラムで、既知の相補性群の患者細胞と細胞融合して、カタラーゼ顆粒の出現を認めれば異なる相補性群、出現しなければ同じ相補性群に属するとして、12 個ある相補性群のどれに属するかを決定できる	□ 1. 該当 □ 2. 非該当 □ 3. 不明

治療その他

☐ 栄養 （ ☐ 経口　☐ 経管　☐ 末梢静脈　☐ 中心静脈 ） ☐ 特殊ミルク（MCT など）　☐ DHA　☐ 人工呼吸器　☐ 抗けいれん剤 ☐ 交換輸血　☐ 肝移植　☐ 理学療法　☐ その他の治療　☐ 未実施　☐ 不明 ＊その他の治療を選択の場合、以下に記入

■ 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。

■ 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 □□ 日		