

306 好酸球性副鼻腔炎

■ 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 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 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 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | |
| | 都道府県 | | | |
| | 市区町村 | | | |
| | 丁目番地等 | | | |
| 生年月日 | 西暦 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 | | |
| 性別 | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 | | | |
| 出生地 | 都道府県 | | | |
| | 市区町村 | | | |

■ 基本情報

| | | | | | | | |
|---|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------|---|
| 家族歴 | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明 | | | | | | |
| | 発症者続柄 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性) <input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方) <input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ <input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入 | | | | | | |
| | 続柄 | | | | | | |
| 発症時期 | 西暦 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 年 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 月 |
| 社会保障 | | | | | | | |
| 介護認定 | <input type="checkbox"/> 1. 要介護 <input type="checkbox"/> 2. 要支援 <input type="checkbox"/> 3. なし | | | | | | |
| 要介護度 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | | |
| 生活状況 | | | | | | | |
| 移動の程度 | <input type="checkbox"/> 1. 歩き回るのに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 寝たきりである | | | | | | |
| 身の回りの管理 | <input type="checkbox"/> 1. 洗面や着替えに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 自分でできない | | | | | | |
| ふだんの活動 | <input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 行うことができない | | | | | | |
| 痛み／不快感 | <input type="checkbox"/> 1. ない <input type="checkbox"/> 2. 中程度ある <input type="checkbox"/> 3. ひどい | | | | | | |
| 不安／ふさぎ込み | <input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. 中程度 <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり (等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級) | | | | | | |
| 療育手帳 | <input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり | | | | | | |
| 精神障害者 保健福祉手帳 (障害者手帳) | <input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり (等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級) | | | | | | |
| 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1. する <input type="checkbox"/> 2. しない <input type="checkbox"/> 3. 不明 | | | | | | | |

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

| | |
|---|--|
| Definite : JESREC スコアの合計が 11 点以上を示し、 鼻茸組織中好酸球数 (400 倍視野 : 視野数 22) が 70 個以上 存在した場合 | <input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 |
|---|--|

A. 診断基準 : JESREC スコア *小数点も 1 文字として記入し、以降の数値ボックスについては全て同様に記載する

| | |
|------------------|---|
| ①病側 : 両側 | <input type="checkbox"/> 1. 該当 (3 点) <input type="checkbox"/> 2. 非該当 (0 点) <input type="checkbox"/> 3. 不明 (0 点) |
| ②鼻茸あり | <input type="checkbox"/> 1. 該当 (2 点) <input type="checkbox"/> 2. 非該当 (0 点) <input type="checkbox"/> 3. 不明 (0 点) |
| ③CT にて篩骨洞優位の陰影あり | <input type="checkbox"/> 1. 該当 (2 点) <input type="checkbox"/> 2. 非該当 (0 点) <input type="checkbox"/> 3. 不明 (0 点) |
| ④末梢血好酸球 (%) | <input type="checkbox"/> 1) 2 より大かつ 5 以下 (4 点) <input type="checkbox"/> 2) 5 より大かつ 10 以下 (8 点) |
| | <input type="checkbox"/> 3) 10 より大 (10 点) |
| | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> % |
| 合計 | <input type="text"/> <input type="text"/> 点 |

B. 検査所見

| | |
|----------------------------|--|
| 鼻茸生検 接眼レンズ : 22、400 倍視野で顕鏡 | |
| 検査実施 | <input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施 |
| | 実施日 西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 |
| 生検結果 (3 視野測定 of 平均値) | 視野 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 個 |
| | 視野 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 個 |
| | 視野 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 個 |
| | 平均値 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 個 |

■ 重症度分類に関する事項

1) CT 所見、末梢血好酸球率及び合併症の有無による指標での分類

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> 軽症 (A 項目陽性 1 項目以下 + B 項目合併なし) |
| <input type="checkbox"/> 中等症 (A 項目ともに陽性 + B 項目合併なし、あるいは、A 項目陽性 1 項目以下 + B 項目 いずれかの合併あり) |
| <input type="checkbox"/> 重症 (A 項目ともに陽性 + B 項目いずれかの合併あり) |

(指標の分類基準)

| A項目 | |
|--------------------|---|
| ①末梢血好酸球が5%以上 | <input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| | 末梢血好酸球 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> % |
| ②CTにて篩骨洞優位の陰影が存在する | <input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| B項目 | |
| ①気管支喘息 | <input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| ②アスピリン不耐症 | <input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| ③NSAIDアレルギー | <input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明 |

2) 好酸球性中耳炎を合併している場合 (該当であれば重症とする)

| | |
|----------------------------------|---|
| 大項目の1項目と小項目の2項目以上を満たし、鑑別疾病が除外できる | <input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
|----------------------------------|---|

(好酸球性中耳炎診断項目)

| 大項目 | |
|--|---|
| 中耳貯留液中に好酸球が存在する 滲出性中耳炎または慢性中耳炎 | <input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| 小項目 | |
| (1) にかわ状の中耳貯留液 | <input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| (2) 抗菌薬や鼓膜切開など、 ステロイド投与以外の治療に抵抗性 | <input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| (3) 気管支喘息の合併 | <input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| (4) 鼻茸の合併 | <input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| 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。 | <input type="checkbox"/> 1. 全て除外可 <input type="checkbox"/> 2. 除外不可 <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| <input type="checkbox"/> 好酸球性肉芽腫性多発血管炎 | <input type="checkbox"/> 好酸球増多症候群 |

■ 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

| | | | |
|---------------|---|------|--|
| これまで受けた鼻の手術回数 | <input type="text"/> <input type="text"/> 回 | | |
| | 手術を受けた年齢 | 第1回目 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歳 |
| | | 第2回目 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歳 |
| | | 第3回目 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歳 |

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

| | | | |
|----------|---|---|--|
| 使用の有無 | <input type="checkbox"/> 1. あり | | |
| 開始時期 | 西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 | | |
| 離脱の見込み | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし | | |
| 種類 | <input type="checkbox"/> 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器 | | |
| 施行状況 | <input type="checkbox"/> 1. 間欠的施行 <input type="checkbox"/> 2. 夜間に継続的に施行 <input type="checkbox"/> 3. 一日中施行 <input type="checkbox"/> 4. 現在は未施行 | | |
| 生活状況 | 食事 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
| | 車椅子とベッド間の移動 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | |
| | 整容 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 部分介助/不可能 |
| | トイレ動作 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
| | 入浴 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 部分介助/不可能 |
| | 歩行 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | |
| | 階段昇降 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 不能 |
| | 着替え | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
| | 排便コントロール | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 |
| 排尿コントロール | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------|
| 医療機関名 | | | | | | | | | | | | |
| 指定医番号 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| 医療機関所在地 | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | *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 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 年 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 月 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 日 |
| 診断年月日 | 西暦 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 年 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 月 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 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 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 | |
| 公費負担者番号 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | | |
| 認定結果 | <input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 不認定 | | | |
| 研究同意の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | |
| 受給者番号 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | | |
| 有効期限 | 西暦 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 | |
| 階層区分 | <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 上位所得 <input type="checkbox"/> その他 | | | |
| 軽症者登録 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | |
| 保険情報 | 保険者番号 | <input type="text"/> | 被保険者記号 | <input type="text"/> |
| | 被保険者番号 | <input type="text"/> | 被保険者 個人単位枝番 | <input type="text"/> |
| | 資格取得 年月日 | 西暦 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 |