

77 悪性高血圧 臨床調査個人票 (1.新規)

参考資料3

ふりがな 氏名	性別	1.男 2.女	生年 月日	1.明治 3.昭和 4.平成	年	月	日生 (満歳)
住所	郵便番号	電話 ()	出生 都道府県	発病時在住 都道府県			
発病年月	1.昭和 2.平成	年月(満歳)	初診年月日	1.昭和 2.平成	年月日	保険種別	1.協 2.組 3.船 4.共 5.国 6.後
身体障害者 手帳	1.あり(等級 級)	2.なし	介護認定	1.要介護(要介護度)	2.要支援	3.なし	
生活状況	社会活動(1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他()) 日常生活(1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助)						
家族歴	1.あり 2.なし 3.不明	ありの場合(続柄)	受診状況 (最近6か月)	1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院(/月)	4.往診あり 5.入院通院なし 6.その他()		

網掛け部分を患者さん(または代理の方)が記入してから医師にお持ちください。

該当の□にレ印を記入し、()内は選択、あるいは詳細を記載してください。

部には具体的に記述してください。

1 成因 本態性 二次性 原因疾患()
高血圧の家族歴 (有・無・不明) 有の場合続柄()

2 発症と経過

3 血圧の状況

血圧	初診時	診断時 又は最重症時	降圧薬治療 開始8週間後					直近
mmHg	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
	/	/	/	/	/	/	/	/

4 眼底所見 眼底写真の添付を要す

	診断時又は最重症時 (年月日)	強力な降圧薬治療開始8週間後 (年月日)	最近6か月以内 (年月日)
KW分類	度	度	度
乳頭浮腫	有・無	有・無	有・無
網膜出血	有・無	有・無	有・無
その他所見			

5 腎機能所見

	診断時又は最重症時 (年月日)	強力な降圧薬治療開始8週間後 (年月日)	最近6か月以内 (年月日)
血清Cr	mg/dl	mg/dl	mg/dl
血清BUN	mg/dl	mg/dl	mg/dl
その他所見			

6 高血圧合併症としての脳症状、心症状、その他の臓器障害を記載してください。

①脳症状 (有・無) 有の場合→高血圧性脳症 脳出血 脳梗塞 その他()
年月及び具体的所見

②心症状 (有・無) 有の場合→うっ血性心不全 狭心症 心筋梗塞 不整脈
その他()
年月及び具体的所見

③その他の臓器障害 (有・無)
年月及び具体的所見

7 具体的な治療内容およびその反応性について記載してください。(必ず記載してください)
降圧薬の反応性 (有・無)

医療機関名 医療機関コード

医療機関所在地

担当医師 氏名 記載年月日:平成 年 月 日

(注) 1 記載日前6か月以内の資料に基づき記入してください。(ただし、遺伝子診断を要するものはこの限りではありません。)
2 記入漏れのある場合、鑑別診断が不十分な場合、添付資料に不足がある場合等は認定できないことがあります。
3 臨床調査個人票の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。

◆悪性高血圧の医療費助成認定基準◆

下記 1、2 のいずれかを満たし、かつ 3 を満たすもの

眼底写真の添付を要す(更新時は提出不要)

1 定型的悪性高血圧(下記①~④のすべてを満たすもの)

- 治療前の拡張期血圧が常に 130mmHg 以上
- 眼底所見は KW (Kieth-Wagener) IV度で、乳頭浮腫及び網膜出血を示す
- 腎機能障害をきたし、腎不全(血清クレアチニン 5.0 mg/dl 以上)に至ったもの
- 全身症状の急激な悪化を示し、特に脳症状(運動失調、知覚障害、頭痛、めまい、悪心など)や心症状(呼吸困難、胸痛、不整脈など)を伴うもの

2 非定型的悪性高血圧(下記①~③のいずれか1項目を満たすもの)

- 拡張期血圧が 120mmHg 以上、130mmHg 未満で、上記 1 の②、③、④のすべてを満たすもの
- KW III度の高血圧性網膜症(眼底写真添付)で、上記 1 の①、③、④のすべてを満たすもの
- 腎機能障害(血清クレアチニン 3.0 mg/dl 以上)はあるが腎不全には至らないもので、上記 1 の①、②、④のすべてを満たすもの

3 8週間以上の強力な降圧治療後も下記①~③のすべてを満たすもの

- 拡張期血圧が 100mmHg 以上
- KW III度の高血圧性網膜症で軟性白斑又は網膜出血を示すもの
- 腎機能障害(血清クレアチニン 3.0 mg/dl 以上)を示すもの

【認定期間及び更新時基準】
認定基準は原則として1年とする。ただし、強力な降圧治療を続けているにもかかわらず上記 3 を満たす場合は更新を認める。

事務処理欄(ここには記入しないでください)

受給者番号

審査 WISH 入力

77 悪性高血圧 臨床調査個人票 (2.更新)

◆悪性高血圧の医療費等助成認定基準◆

ふりがな						性別	1.男 2.女	生 年 月 日	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成	年 月 日 生	(満 歳)
氏 名											
住 所	郵便番号			電話 ()		出 生	都 道 府 県	発 病 時 在 住	都 道 府 県		
発 病 年 月	1.昭和 2.平成	年 月 (満 歳)	初 診 年 月 日	1.昭和 2.平成	年 月 日	保 険 種 別	1.協 2.組 3.船 4.共 5.国 6.後				
身 障 手 帳	1.あり(等級__級) 2.なし	介 護 保 険	1.あり(要介護度__)	2.要支援	3.なし						
生 活 状 況	社会活動 (1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他())					初 回 認 定 年 月					
	日常生活 (1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助)					1.昭和 年 月 2.平成					
家 族 歴	1.あり 2.なし 3.不明			受 診 状 況		1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院(__/月) 4.往診 5.入通院なし 6.その他()					
	ありの場合(続柄)			(最近1年)							
治療と経過 (具体的に記述)											
最近1年の経過 (治癒・軽快・不変・徐々に悪化・急速に悪化・その他 ())											
治療 (治療継続・治療中止・経過観察のみ・その他 ())											
1 成因 (□に✓印を記入してください。)											
□本態性 □腎実質性 □腎血管性 □内分泌性 □その他 ()											
原因疾患を具体的に ()											
2 血圧の状況											
血 圧	診 断 時	最 重 症 時	降 圧 薬 治 療	最 近 1 年 以 内	直 近						
mmHg	年 月 日	年 月 日	開 始 8 週 後	年 月 日	年 月 日						
3 眼底所見											
	診 断 時	最 重 症 時	強 力 な 降 圧 薬 開 始 8 週 後	最 近 1 年 以 内							
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日							
KW分類	度	度	度	度							
乳頭浮腫	有・無	有・無	有・無	有・無							
網膜出血	有・無	有・無	有・無	有・無							
4 血液検査											
	最 重 症 時	強 力 な 降 圧 薬 開 始 8 週 後	最 近 1 年 以 内								
	年 月 日	年 月 日	年 月 日								
血 清 Cr	mg/dl	mg/dl	mg/dl								
血 清 BUN	mg/dl	mg/dl	mg/dl								
Ht	%	%	%								
5 具体的な治療内容およびその反応性について記載してください。(必ず記載してください)											
降圧薬の種類と反応性の有無											
.....											
.....											
医療上の問題点											
医療機関名 医療機関コード											
医療機関所在地											
担当医師 氏名 (印) 記載年月日:平成 年 月 日											

網掛け部分を患者さん(または代理の方)が記入してから医師にお持ちください。

下記1、2のいずれかを満たし、かつ3を満たすもの

- 1 定型的悪性高血圧 (下記①~④のすべてを満たすもの)
- ① 治療前の拡張期血圧が常に 130 mmHg 以上
 - ② 眼底所見は KW (Kieth-Wagener) IV 度で、乳頭浮腫及び網膜出血を示す。
 - ③ 腎機能障害をきたし、腎不全 (血清クレアチニン 5.0 mg/dl 以上) に至ったもの
 - ④ 全身症状の急激な悪化を示し、特に脳症状 (運動失調、知覚障害、頭痛、めまい、悪心など) や心症状 (呼吸困難、胸痛、不整脈など) を伴うもの
- 2 非定型的悪性高血圧 (下記①~③のいずれか1項目を満たすもの)
- ① 拡張期血圧が 120 mmHg 以上、130 mmHg 未満で、上記1の②、③、④のすべてを満たすもの
 - ② KW III 度の高血圧性網膜症 (眼底写真添付) で、上記1の①、③、④のすべてを満たすもの
 - ③ 腎機能障害 (血清クレアチニン 3.0 mg/dl 以上) はあるが腎不全には至らないもので、上記1の①、②、④のすべてを満たすもの
- 3 8週間以上の強力な降圧治療後も下記①~③のすべてを満たすもの
- ① 拡張期血圧が 100 mmHg 以上
 - ② KW III 度以上の高血圧性網膜症で軟性白斑又は網膜出血を示すもの
 - ③ 腎機能障害 (血清クレアチニン 3.0 mg/dl 以上) を示すもの

【認定期間及び更新時基準】

認定期間は原則として1年とする。ただし、強力な降圧治療を続けているにもかかわらず上記3を満たす場合は更新を認める。

(注) 1 記載日前1年以内の資料に基づき記入してください。(ただし、遺伝子診断を要するものはこの限りではありません。)
 2 記入漏れのある場合や鑑別診断が不十分な場合は認定できないことがありますので御注意ください。
 3 臨床調査個人票の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。

裏面に医療費等助成認定基準があります。

受給者 番号												審 査						(2013.06)
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------	--	--	--	--	--	-----------

80 骨髄線維症 臨床調査個人票 (1.新規)

ふりがな	氏名		性別	1.男 2.女	生年月日	1.明治 3.昭和	2.大正 4.平成	年	月	日生 歳			
住所	郵便番号	電話 ()		出生都道府県	発病時在住都道府県								
発病年月	1.昭和 2.平成	年	月	(満歳)	初診年月日	1.昭和 2.平成	年	月	日	保険種別	1.協 4.共	2.組 5.国	3.船 6.後
身体障害者 手帳	1.あり(等級____級) 2.なし		介護認定	1.要介護(要介護度____) 2.要支援 3.なし									
生活状況	社会活動(1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他(____)) 日常生活(1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助)												
家族歴	1.あり 2.なし 3.不明		受診状況 (最近6か月)	1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院(____/月) 4.往診あり 5.入通院なし 6.その他(____)									

該当の□にレ印を記入し、()内は選択、あるいは詳細を記載してください。
____部には具体的に記述してください。

- 1 発症と経過
-
- 2 病型 急性 慢性
- 3 診断時から現在までの末梢血検査所見の推移概況を記載してください。

	診断時						直近
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
RBC (×10 ⁴ /μl)							
Hb (g/dl)							
Ht (%)							
Ret (%)							
WBC (/μl)							
芽球 (%)							
好中球 (%)							
好酸球 (%)							
好塩基球 (%)							
単球 (%)							
リンパ球 (%)							
Plt (×10 ⁴ /μl)							
LDH (IU/L)							
奇形赤血球・赤芽球・その他							

NAP score _____ (検査 年 月 日)

4 骨髄検査所見 (必ず記入) (穿刺・生検) (検査日 年 月 日)

骨髄組織所見: 線維化 (有・無) 脂肪量 (多・普通・少) dry tap (有・無)

有核細胞数 _____ /μl M/E 比 _____ 巨核球数 _____ /μl

顆粒球系 _____ % リンパ球系 _____ % 赤芽球系 _____ % 網内系 (形質) _____ %

判定不能細胞 _____ % 幼若芽球 _____ %

網掛け部分を患者さん(または代理の方)が記入してから医師にお持ちください。

5 画像所見

腹部CT (施行・未施行) 施行→肝脾腫(有・無) 有の場合→(年 月 日) 所見 _____

MRI (施行・未施行) 施行→骨髄線維化(有・無) 有の場合→(年 月 日) 所見 _____

X-P (施行・未施行) 施行→骨硬化像(有・無) 有の場合→(年 月 日) 所見 _____

6 骨髄染色体所見(既実施の場合) _____

7 鑑別診断

白血病 (鑑別できる・鑑別できない)	悪性リンパ腫 (鑑別できる・鑑別できない)
骨髄異形成症候群 (鑑別できる・鑑別できない)	悪性腫瘍 (鑑別できる・鑑別できない)
真性赤血球増加症 (鑑別できる・鑑別できない)	全身性肥満細胞増加症 (鑑別できる・鑑別できない)
本態性血小板血症 (鑑別できる・鑑別できない)	好酸球増加症 (鑑別できる・鑑別できない)
多発性骨髄腫 (鑑別できる・鑑別できない)	他の二次性骨髄線維症 (鑑別できる・鑑別できない)

8 具体的な治療内容およびその反応性について記載してください。

医療機関名 _____ 医療機関コード _____

医療機関所在地 _____

担当医師 氏名 _____ 記載年月日: 平成 年 月 日

(注) 1 記載日前6か月以内の資料に基づき記入してください。(ただし、遺伝子診断を要するものはこの限りではありません。)
2 記入漏れのある場合、鑑別診断が不十分な場合、添付資料に不足がある場合等は認定できないことがあります。
3 臨床調査個人票の有効期間は、記載日から起算し3か月以内です。

◆骨髄線維症の医療費等助成認定基準◆

下記の 1 ~ 3 のすべてを満たすもの

1 脾腫を認める。

2 骨髄穿刺・生検: 骨髄液が採取できない(dry tap)、骨髄の線維化、巨核球の増加を認める。

3 急性骨髄線維症と二次性骨髄線維症を否定する。

4 参考所見

主要症状: 肝脾腫、特に脾腫が著しい。徐々に貧血が出現。出血傾向、発熱、皮膚掻痒、下痢、痛風が出現する。まれに髄外造血所見として、リンパ節腫大、皮膚その他に腫瘤を作る。

血液生化学所見: 末梢血で白赤芽球症が特徴的である。奇形赤血球(涙滴状赤血球など)、巨大血小板、巨核球を認める。一般に白血球数、血小板数が増加することが多い。

フェロキネティクスの体表測定: 肝、脾での造血を認め(髄外造血)、骨髄での造血は低下する。
NAP score は正常又は高い。

染色体検査: Ph¹ 染色体は陰性

画像所見: CTで肝脾腫、MRIで骨髄線維像、X-Pで骨硬化像を認める。

<鑑別除外診断>

二次性骨髄線維症: 白血病、骨髄異形成症候群、真性赤血球増加症、本態性血小板血症、多発性骨髄腫、悪性リンパ腫、悪性腫瘍、全身性肥満細胞増加症、好酸球増加症等

80 骨髄線維症 臨床調査個人票 (2.更新)

◆ 骨髄線維症の医療費等助成認定基準 ◆

ふりがな			性別	1.男 2.女	生 年 月 日	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成	年 月 日	日生 (満 歳)
氏 名	郵便番号		電 話 ()		出 生 都 道 府 県	発病時在住 都 道 府 県		
住 所	1.昭和 年 月 (満 歳) 2.平成		初診年月日	1.昭和 年 月 日 2.平成	保 険 種 別	1.協 2.組 3.船 4.共 5.国 6.後		
発病年月	1.あり (等級__級) 2.なし		介 護 保 険	1.あり (要介護度__)		2.要支援 3.なし		
身障手帳	社会活動 (1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他 ())		初回認定年月					
生活状況	日常生活 (1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助)		1.昭和 年 月 2.平成					
家族歴	1.あり 2.なし 3.不明 ありの場合 (続柄)		受 診 状 況 (最近 1 年)	1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院 (__/月) 4.往診 5.入通院なし 6.その他 ()				
治療と経過 (具体的に記述)								
治療 (治療継続・治療中止・経過観察のみ・その他 ())								
該当の□に✓印を、表の空欄に検査値を記入してください。()内は詳細を記載してください。								
1 病型 <input type="checkbox"/> 急性 <input type="checkbox"/> 慢性								
2 末梢血検査所見								
3 骨髄染色体分析 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 () <input type="checkbox"/> 未施行								
		診断時		最近 1 年以内				
検査年月日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		
RBC (×10 ⁴ /μl)								
Hb (g/dl)								
Ht (%)								
Ret (%)								
WBC (/μl)								
白血球分類	白芽球 (%)							
	好中球 (%)							
	好酸球 (%)							
	好塩基球 (%)							
	単球 (%)							
リンパ球 (%)								
Plt (×10 ⁴ /μl)								
奇形赤血球・赤芽球・その他								
LDH (IU/l)								
4 具体的な治療内容およびその反応性について記載してください。								
医療上の問題点								
医療機関名				医療機関コード				
医療機関所在地								
担当医師 氏名				記載年月日：平成 年 月 日				

網掛け部分を患者さん(または代理の方)が記入してから医師にお持ちください。

下記の1~3のすべてを満たすもの

- 1 脾腫を認める。
- 2 骨髄穿刺・生検：骨髄液が採取できない(dry tap)、骨髄の線維化、巨核球の増加を認める。
- 3 急性骨髄線維症と二次性骨髄線維症を否定する。
- 4 参考所見
 主要症状：肝脾腫、特に脾腫が著しい。徐々に貧血が出現。出血傾向、発熱、皮膚掻痒、下痢、痛風が出現する。まれに髓外造血所見としてリンパ節腫大、皮膚その他に腫瘤を作る。
 血液生化学所見：末梢血で白赤芽球症が特徴的である。奇形赤血球(涙滴状赤血球など)、巨大血小板、巨核球を認める。一般に白血球数、血小板数が増加することが多い。
 フェロキネティクスの体表測定：肝、脾での造血を認め(髓外造血)、骨髄での造血は低下する。
 NAP score は正常又は高い。
 染色体検査：Ph¹染色体は陰性
 画像所見：CT で肝脾腫、MRI で骨髄線維像、X-P で骨硬化像を認める。

<鑑別除外疾患>

- 二次性骨髄線維症：白血病、骨髄異形成症候群、真性赤血球増加症、本態性血小板血症、多発性骨髄腫、悪性リンパ腫、悪性腫瘍、全身性肥満細胞増加症、好酸球増加症等

(注) 1 記載日前1年以内の資料に基づき記入してください。(ただし、遺伝子診断を要するものはこの限りではありません。)
 2 記入漏れのある場合や鑑別診断が不十分な場合は認定できないことがありますので御注意ください。
 3 臨床調査個人票の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。

裏面に医療費等助成認定基準があります。

◆母斑症の医療費等助成認定基準◆

83 母斑症(指定難病を除く。) 臨床調査個人票 (2.更新)

ふりがな			性別	1.男 2.女	生 年 月 日	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成	年 月 日	日生	(満 歳)
氏 名	郵便番号		出 生	都 道 府 県	発 病 時 在 住	都 道 府 県			
住 所	電話 ()								
発病年月	1.昭和 2.平成	年 月 (満 歳)	初診年月日	1.昭和 2.平成	年 月 日	保 険 種 別	1.協 2.組 3.船 4.共 5.国 6.後		
身障手帳	1.あり(等級 級)	2.なし	介 護 保 険	1.あり(要介護度)	2.要支援	3.なし			
生活状況	社会活動(1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他())				初回認定年月				
	日常生活(1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助)				1.昭和 年 月 2.平成				
家 族 歴	1.あり 2.なし 3.不明 ありの場合(続柄)	受 診 状 況 (最近1年)		1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院(/月) 4.往診 5.入通院なし 6.その他()					
治療と経過(具体的に記述)									
治療(治療継続・治療中止・経過観察のみ・その他())									
□に✓印をつけて下さい									
1 分類 □ヒッペル・リンドー病 □マフチ症候群 □皮膚神経黒色症 □基底細胞母斑症候群									
2 主要症状									
母斑症	皮膚所見	神経系所見	その他の所見						
ヒッペル・リンドー病	<input type="checkbox"/> 血管腫	<input type="checkbox"/> 小脳・脊髄血管腫	<input type="checkbox"/> 腎・膝血管腫 <input type="checkbox"/> 眼網膜血管腫 → <input type="checkbox"/> 緑内障						
マフチ症候群	<input type="checkbox"/> 多発性血管腫 <input type="checkbox"/> 時にリンパ管腫		<input type="checkbox"/> 長管骨骨端軟骨發育不全 <input type="checkbox"/> 骨変形、骨折						
皮膚神経黒色症	<input type="checkbox"/> 獣皮様母斑	<input type="checkbox"/> 脳圧亢進症状 <input type="checkbox"/> てんかん発作 <input type="checkbox"/> 軟脳膜色素斑							
基底細胞母斑症候群	<input type="checkbox"/> 多発性基底細胞腫 <input type="checkbox"/> 掌蹠小陥凹 <input type="checkbox"/> 特異な顔貌	<input type="checkbox"/> 知能障害	<input type="checkbox"/> 多発性顎骨囊腫 <input type="checkbox"/> 脊椎奇形 <input type="checkbox"/> 二分肋骨						
3 具体的な治療内容およびその反応性について記載してください。									
医療上の問題点									
医療機関名					医療機関コード				
医療機関所在地									
担当医師 氏名			記載年月日：平成 年 月 日						

網掛け部分を患者さん(または代理の方)が記入してから医師にお持ちください。

医療費等助成の対象は、以下の①～④に限られる。

- ① ヒッペル・リンドー病
- ② マフチ症候群
- ③ 皮膚神経黒色症
- ④ 基底細胞母斑症候群

次の表の主要所見の3種(①皮膚所見、②神経系所見、③その他の所見)のうち、2種以上にわたり、各1項目以上所見があるもの(計2項目以上必要。)

母斑症	皮膚所見	神経系所見	その他の所見
ヒッペル・リンドー病	血管腫	小脳・脊髄血管腫	腎・膝血管腫 眼網膜血管腫→緑内障
マフチ症候群	多発性血管腫 時にリンパ管腫		長管骨骨端軟骨發育不全 骨変形、骨折
皮膚神経黒色症	獣皮様母斑	脳圧亢進症状 てんかん発作 軟脳膜色素斑	
基底細胞母斑症候群	多発性基底細胞腫 掌蹠小陥凹 特異な顔貌	知能障害	多発性顎骨囊腫 脊椎奇形 二分肋骨

- ・レックリングハウゼン病は、指定難病34「神経線維腫症」で申請してください。
- ・スタージ・ウエーバー病は、指定難病157「スタージ・ウエーバー症候群」で申請してください。
- ・ブヌビュ・プリングル病(結節性硬化症)は、指定難病158「結節性硬化症」で申請してください。
- ・クリッペル・ウエーバー病は、指定難病281「クリッペル・トレノネー・ウエーバー症候群」で申請してください。

866 肝内結石症 臨床調査個人票 (2.更新)

◆肝内結石症の医療費等助成認定基準◆

ふりがな			性別	1.男 2.女	生 年 月 日	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成	年 月 日	日生 (満 歳)
氏 名	郵便番号		出 生	都 道 府 県	発 病 時 在 住	都 道 府 県		
住 所	電話 ()							
発病年月	1.昭和 2.平成	年 月 (満 歳)	初診年月日	1.昭和 2.平成	年 月 日	保 険 種 別	1.協 2.組 3.船 4.共 5.国 6.後	
身障手帳	1.あり(等級__級) 2.なし	介 護 保 険	1.あり(要介護度__)	2.要支援	3.なし			
生活状況	社会活動 (1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他(____))					初回認定年月		
	日常生活 (1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助)					1.昭和 2.平成 年 月		
家族歴	1.あり 2.なし 3.不明 ありの場合(続柄)	受 診 状 況	1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院(____/月) (最近1年) 4.往診 5.入通院なし 6.その他(____)					
治療と経過(具体的に記述)								
最近1年の経過(治療・軽快・不変・再燃・その他(____)) 治療(治療継続・治療中止・経過観察のみ・その他(____))								
該当の□に✓印を記入してください。()内および____部には具体的に記載してください。								
1 最近1年間の臨床症状 <input type="checkbox"/> 無症状 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 胆管炎 <input type="checkbox"/> 敗血症 <input type="checkbox"/> 肝内胆管癌の合併(有・無) 有の場合→ 診断 年 月 日								
2 画像所見(最近1年間に施行された場合は記入) 超音波検査(検査 年 月 日)所見_____ 肝萎縮(有・無) 有の場合→ 左葉:心窩部縦走大動脈上で()cm (萎縮の判定基準:7cm以下) 右葉:右側胸部中腋窩線上で()cm (萎縮の判定基準:9cm以下) CT・MRI(検査 年 月 日)所見_____ その他検査() (検査 年 月 日)所見_____								
結石の部位 <input type="checkbox"/> 肝内限局 <input type="checkbox"/> 肝内外 <input type="checkbox"/> 左肝管 <input type="checkbox"/> 右肝管 <input type="checkbox"/> 肝内胆管枝 <input type="checkbox"/> 血液検査所見(最近1年以内) <input type="checkbox"/> 左葉 <input type="checkbox"/> 右葉 <input type="checkbox"/> 尾状葉								
結石の性状 <input type="checkbox"/> ビリルビンカルシウム石 <input type="checkbox"/> コレステロール石 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明								
4 ①現在行われている具体的な治療内容およびその反応性について記載してください。								
②これまでの治療 <input type="checkbox"/> 肝区域切除術 <input type="checkbox"/> 経皮経肝的胆管拡張術 <input type="checkbox"/> その他()								
5 その他 結石の再発(有・無) 具体的に_____								
医療上の問題点								
医療機関名 _____ 医療機関コード _____								
医療機関所在地 _____								
担当医師 氏名 _____ (印) _____ 記載年月日:平成 年 月 日								

網掛け部分を患者さん(または代理の方)が記入してから医師にお持ちください。

下記1を満たし、かつ2、3のいずれかを満たすもの

- 1 画像診断(超音波、CT、MRCP、経皮経肝胆管造影や経皮経肝胆道ドレナージ造影)により左右肝管、肝内胆管枝に複数か所に結石を認めるか、区域内に結石が充満するもの。肝内結石が単発のものは助成の対象外とする。超音波検査では、strong echoを認め、echo末梢側に拡張胆管を認める。ただし、超音波診断のみでは確定診断とは言えないので、他の画像診断を併用することを要する。
- 2 肝内結石症に基づく反復性の胆管炎や敗血症を伴うもの又は肝内胆管癌を伴うもの
- 3 肝内結石症に基づく広範な肝萎縮を伴うもの

<認定期間>
原則として1年

【更新時基準】
上記の基準を満たすか、又は肝内結石を除去しているにもかかわらず肝内結石症に基づく上記2、3のいずれかを満たすもの、又は肝内結石が再発し上記2、3のいずれかを満たすもの

(注) 1 記載日前1年以内の資料に基づき記入してください。(ただし、遺伝子診断を要するものはこの限りではありません。)
2 記入漏れのある場合や鑑別診断が不十分な場合は認定できないことがあります。
3 臨床調査個人票の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。

裏面に医療費等助成認定基準があります。

受給者 番号								審 査				(2013.06)
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--------	--	--	--	-----------

88 特発性好酸球増多症候群 臨床調査個人票 (1.新規)

Header information form including fields for name, sex, birth date, residence, medical history, and insurance details.

該当の□にレ印を記入してください。()内は選択、あるいは詳細を記載してください。

1 発症と経過

2 ① 末梢血好酸球数のデータを6か月間以上の期間にわたり記載してください。(好酸球は%でも可)

Table for recording eosinophil count data over a 6-month period with columns for year, month, and percentage.

2 ② 最近6か月以内の以下のデータ (年 月 日) CRP, ESR, Plt, IgE, MPO-ANCA, P-ANCA, PR-3 ANCA, C-ANCA.

3 好酸球増多による臓器障害の存在 (具体的所見を記載してください。)

- Checklist for organ damage symptoms including fever, weight loss, cardiac, respiratory, joint, skin, and renal issues.

4 病理組織所見 (生検部位) (検査 年 月 日) (ステロイド治療 前・中) (病理報告書のコピーの添付を要す)

網掛け部分を患者さん(または代理の方)が記入してから医師にお持ちください。

- 5 下記の合併症について鑑別し、御意見を記載してください。 ① アレルギー性疾患... ② 感染症... ③ 皮膚疾患... ④ 膠原病... ⑤ 悪性腫瘍... ⑥ 血液疾患... ⑦ その他... 6 具体的な治療内容およびその反応性について記載してください。

左疾患がある場合は、発症時期、発症経過検査所見などを記載してください。

Medical institution information form including name, code, address, and physician details.

(注) 1 記載日前6か月以内の資料に基づき記入してください。(ただし、遺伝子診断を要するものはこの限りではありません) 2 記入漏れのある場合、鑑別診断が不十分な場合、添付資料に不足がある場合等は認定できないことがあります。 3 臨床調査個人票の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。

◆特発性好酸球増多症候群の医療費助成認定基準◆

下記の鑑別除外診断の疾患ではない特発性のもので、1、2を満たすもののうち、疾患特異的な治療(副腎皮質ステロイド、免疫抑制剤など)を要するもの。 1 末梢血好酸球数 1,500/μl以上が6か月間以上持続していること。 2 下記の2か所以上臓器病変が存在する、又は病理組織所見で好酸球浸潤による1か所以上の臓器障害が認められたもの

- <鑑別除外診断> ① アレルギー疾患... ② 感染症... ③ 皮膚疾患... ④ 膠原病等... ⑤ 悪性腫瘍... ⑥ 血液疾患...

Footer administrative fields including recipient number, review status, and date.

91 びまん性汎細気管支炎 臨床調査個人票 (1.新規)

ふりがな 氏名	性別		1.男 2.女	生年月日	1.明治 3.昭和	2.大正 4.平成	年	月	日生 歳
住所	郵便番号	電話 ()		出生 都道府県	発病時在住 都道府県				
発病年月	1.昭和 2.平成	年	月	(満 歳)	初診年月日	1.昭和 2.平成	年	月	日
身体障害者 手帳	1.あり(等級____級) 2.なし		介護認定	1.要介護(要介護度____) 2.要支援 3.なし					
生活状況	社会活動(1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他(____)) 日常生活(1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助)								
家族歴	1.あり 2.なし 3.不明		受診状況 (最近6か月)	1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院(____/月) 4.往診あり 5.入院なし 6.その他(____)					

網掛け部分を患者さん(または代理の方)が記入してから医師にお持ちください。

該当の□にレ印を記入してください。()内は選択、あるいは詳細を記載してください。
_____部には具体的に記述してください。

1 発症と経過

2 主要症状と胸部理学的所見 (有所見は□にレ印を記入してください。)(①の全項目を満たす場合は陽性とする。)

① 湿性咳嗽 膿性痰 労作時息切れ

② 水泡音 その他ラ音 ()

3 合併症・随伴症状 (できる限り耳鼻科診察ないしX線を確認してください。)

慢性副鼻腔炎 (____年____月頃より) 所見_____

その他の所見: _____

4 胸部画像所見 胸部X線画像(単純X線、及びCTの両方)の添付を要す
(①のびまん性粒状影又は②を認める場合は陽性とする。)

① 胸部X線所見: 両側びまん性粒状陰影 肺過膨張所見

② 胸部CT所見: 小葉中心性粒状陰影

③ その他のX線所見: _____

5 呼吸機能検査 (①及び④を満たす場合を陽性とする。) 検査は6か月以内のものに限る。

① 1秒率 : _____% (検査 年 月 日) (70%以下が陽性)

② %肺活量 : _____% (検査 年 月 日)

③ 残気率 : _____% (検査 年 月 日)

④ PaO₂ : _____Torr (検査 年 月 日) (80Torr 以下が陽性)

6 その他の検査所見 (①を満たす場合を陽性とする。)

① 寒冷凝集素価: _____倍 (64倍以上が陽性) (検査 年 月 日)

② IgA: _____mg/dl (検査 年 月 日)

③ 喀痰培養検査 インフルエンザ桿菌 肺炎球菌 緑膿菌
 その他の菌 ()

④ HLA-B54 (既実施の場合): (陽性・陰性)

⑤ 組織所見 (既実施の場合): (検査 年 月 日) _____

7 具体的な治療内容およびその反応性について記載してください。(必ず記載してください)

医療機関名 _____ 医療機関コード _____

医療機関所在地 _____

担当医師 氏名 _____ 記載年月日: 平成 年 月 日

(注) 1 記載日前6か月以内の資料に基づき記入してください。(ただし、遺伝子診断を要するものはこの限りではありません。)
2 記入漏れのある場合、鑑別診断が不十分な場合、添付資料に不足がある場合等は認定できないことがあります。
3 臨床調査個人票の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。

◆びまん性汎細気管支炎の医療費等助成認定基準◆

下記 ①、②、③ を満たすもののうち、マクロライド療法など疾患特異的治療を要するもの。
胸部X線画像(単純X線、及びCTの両方)の添付を要す

1 必須項目 (下記①～③のすべてを満たすもの)

① 臨床症状: 湿性咳嗽、膿性痰、労作時息切れ(全項目を満たす場合を陽性とする。)

② 慢性副鼻腔炎の合併又は既往(X線で確認する。)

③ 胸部画像所見: 胸部X線所見で両肺のびまん性撒布性粒状陰影又は胸部CT所見で両肺のびまん性小葉中心性粒状病変(しばしば過膨張所見を伴う。進行すると両下肺野に気管支拡張所見が見られ、時に巣状肺炎を伴う。)

2 参考項目 (下記①～③のいずれか2項目以上を満たすもの)

① 胸部聴診所見: 断続性ラ音(多くは水泡音、時に連続性ラ音又はスクウォークを伴う。)

② 呼吸機能検査 1秒率 70% 以下及び低酸素血症 80Torr 以下
進行すると肺活量減少、残気量(率)増加を伴うが、肺拡散能力の低下は見られない。

③ 寒冷凝集素価高値(ヒト赤血球凝集法で64倍以上)

3 以下の鑑別診断が除外できるもの
慢性気管支炎、気管支拡張症、線毛不動症候群、閉塞性細気管支炎、嚢胞性線維症など

受給者 番号							
-----------	--	--	--	--	--	--	--

審査			WISH	入力
----	--	--	------	----

95 遺伝性QT延長症候群 臨床調査個人票 (1.新規)

Header form containing personal information: 氏名 (Name), 性別 (Sex), 生年月日 (Date of Birth), 住所 (Address), 発病年月 (Onset Date), 身体障害者手帳 (Disability Certificate), 生活状況 (Living Situation), 発病以来の受診状況 (Medical History).

Section 1: 病型 (Disease Type). Includes checkboxes for Romano-Ward syndrome, Jervall-Lange-Nielsen syndrome, Anderson syndrome, Timothy syndrome, and other forms of QT prolongation.

Section 2: 発症と経過 (Onset and Course). Includes a field for the age at onset (発症 歳).

Section 3: 心電図所見 (ECG Findings). Includes fields for QTc interval, Torsade de pointes, alternating T waves, and other ECG characteristics.

Section 4: 主要症状 (Main Symptoms). Includes fields for syncope (失神発作) and congenital hearing loss (先天性感音性難聴).

Section 5: 家族歴 (Family History). Includes fields for family history of congenital QT prolongation and sudden death in relatives under 30 years old.

Summary section: 上記の点数の合計 (Total score of the above). Includes a box for the total score.

網掛け部分を患者さん(または代理の方)が記入してから医師にお持ちください。

Section 6: 二次性QT延長症候群の除外診断 (Exclusion diagnosis for secondary QT prolongation). Includes checkboxes for organic diseases (器質疾患), drugs (薬物), electrolyte abnormalities (電解質異常), and CNS disorders (中枢神経系障害).

Section 7: 治療内容およびその効果について記載してください。 (Please describe the treatment and its effect.) Includes a field for the medical institution name and code, and a date field.

(注) 1 記載日前6か月以内の資料に基づき記入してください。(ただし、遺伝子診断を要するものはこの限りではありません。) 2 記入漏れのある場合、鑑別診断が不十分な場合、添付資料に不足がある場合等は認定できないことがあります。 3 臨床調査個人票の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。

◆遺伝性QT延長症候群の医療費助成認定基準◆

<病型>Romano-Ward 症候群(常染色体優性遺伝)、Jervall-Lange-Nielsen 症候群(常染色体劣性遺伝・先天性聾啞を伴う。)、Anderson 症候群(常染色体優性遺伝)、Timothy 症候群 上記の病型で下記の各所見の点数を合計したものが4点以上のもの QT間隔の延長を示す本人及び症状(めまい・失神)のある家族の心電図のコピーの添付を要す

- 1 心電図所見
① QTc 480 msec 以上(3点)、460 msec 以上(2点)、男性で 450 msec 以上(1点)
② トルサード・ド・ポアンツ(2点)
③ 交互性T波(T wave alternans) (1点)
④ 3誘導以上で notched T (1点)
⑤ 年齢不相応な徐脈(0.5点)
2 臨床症状
① 失神発作: ストレスに伴うもの(2点)、ストレスに伴わないもの(1点)
② 先天性聾(0.5点)
3 家族歴
① 確定診断を得た先天性QT延長症候群の家族歴(1点)
② 30未満の近親者の原因不明の突然死(0.5点)

<鑑別除外診断>
(1) 二次性QT延長症候群
器質疾患に伴うもの(急性心筋炎、心筋梗塞、僧帽弁逸脱症候群、甲状腺機能低下症など)、薬物性(抗不整脈薬: プロカイナムド、ジソピラミドなど、向精神薬: フェノチアジン系、三環系など、有機リン酸塩など)、電解質異常(低カリウム血症、低カルシウム血症、低マグネシウム血症など)、中枢神経系障害(クモ膜下出血、急性脳内出血又は梗塞、頭部外傷など)、高度徐脈性不整脈、その他(人工ペースメーカー機能異常、低カロリー食事療法など)
(2) 特発性QT延長症候群

事務処理欄(ここには記入しないでください。)

受給者番号 (Recipient Number) input field.

審査 (Review) input field with WISH and 入力 (Input) sub-fields.

95 遺伝性QT延長症候群 臨床調査個人票 (2.更新)

◆遺伝性QT延長症候群の医療費等助成認定基準◆

ふりがな											
氏名	性別		1.男 2.女	生年 月日	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成	年	月	日生 (満歳)			
住所	郵便番号			出生都道府県			発病時在住都道府県				
発病年月	1.昭和 2.平成	年	月	(満歳)	初診年月日	1.昭和 2.平成	年	月	日	保険種別	1.協 2.組 3.船 4.共 5.国 6.後
身障手帳	1.あり(等級__級) 2.なし		介護保険		1.あり(要介護度__)		2.要支援		3.なし		
生活状況	社会活動 (1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他(____))								初回認定年月		
	日常生活 (1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助)								1.昭和 2.平成		
家族歴	1.あり 2.なし 3.不明 ありの場合(続柄)			受診状況 (最近1年)		1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院(____/月) 4.往診 5.入院なし 6.その他(____)					
治療と経過 (具体的に記述)											
治療 (治療継続・治療中止・経過観察のみ・その他(____))											
該当の□に✓印を記入してください。()内は選択、あるいは詳細を記載してください。 部には測定値を記入してください。											
<p>1 病型 <input type="checkbox"/> 遺伝性QT延長症候群 <input type="checkbox"/> Romano-Ward 症候群 (常染色体優性遺伝)</p> <p><input type="checkbox"/> Jervell-Lange-Nielsen 症候群 (常染色体劣性遺伝・先天性聾啞を伴う)</p> <p><input type="checkbox"/> Anderson 症候群 (常染色体優性遺伝)</p> <p><input type="checkbox"/> Timothy 症候群</p> <p><input type="checkbox"/> 特発性QT延長症候群 (非遺伝性) <input type="checkbox"/> その他(____)</p>											
<p>2 心電図所見</p> <p>QTc _____ msec (QT 間隔 _____ sec RR 間隔 _____ sec)</p> <p>トルサード・ド・ポアンツ (Torsades de pointes) (有・無)</p> <p>交互性T波 (有・無)</p> <p>3誘導以上で notched T (有・無)</p> <p>脈拍 _____ /sec → 年齢不相応な徐脈 (有・無)</p> <p>その他の心電図所見 (____)</p>											
<p>3 最近1年の症状</p> <p>失神発作 (有・無) 有の場合→ストレスに伴う失神発作 (有・無)</p> <p>その他の症状 (____)</p>											
<p>4 具体的な治療内容およびその反応性について記載してください。</p>											
医療上の問題点											
医療機関名						医療機関コード					
医療機関所在地											
担当医師 氏名						記載年月日:平成 年 月 日					

網掛け部分を患者さん(または代理の方)が記入してから医師にお持ちください。

<病型> Romano-Ward 症候群 (常染色体優性遺伝)
 Jervell-Lange-Nielsen 症候群 (常染色体劣性遺伝・先天性聾啞を伴う。)
 Anderson 症候群 (常染色体優性遺伝)
 Timothy 症候群

上記の病型で下記の各所見の点数を合計したものが4点以上のもの

1 心電図所見

- ① QTc 480 msec 以上 (3点)、460 msec 以上 (2点)、男性で 450 msec 以上 (1点)
- ② トルサード・ド・ポアンツ (2点)
- ③ 交互性T波 (T wave alternans) (1点)
- ④ 3誘導以上で notched T (1点)
- ⑤ 年齢不相応な徐脈 (0.5点)

2 臨床症状

- ① 失神発作: ストレスに伴うもの (2点)、ストレスに伴わないもの (1点)
- ② 先天性聾 (0.5点)

3 家族歴

- ① 確定診断を得た先天性QT延長症候群の家族歴 (1点)
- ② 30歳未満の近親者の原因不明の突然死 (0.5点)

<鑑別除外診断>

(1) 二次性QT延長症候群
 器質疾患に伴うもの (急性心筋炎、心筋梗塞、僧帽弁逸脱症候群、甲状腺機能低下症など)、薬物性 (抗不整脈薬: プロカインアミド、ジソピラミドなど、向精神薬: フェノチアジン系、三環系など、有機リン酸塩など)、電解質異常 (低カリウム血症、低カルシウム血症、低マグネシウム血症など)、中枢神経系障害 (クモ膜下出血、急性脳内出血又は梗塞、頭部外傷など)、高度徐脈性不整脈、その他 (人工ペースメーカー機能異常、低カロリー食餌療法など)

(2) 特発性QT延長症候群

(注) 1 記載日前1年以内の資料に基づき記入してください。(ただし、遺伝子診断を要するものはこの限りではありません。)
 2 記入漏れのある場合や鑑別診断が不十分な場合は認定できないことがあります。
 3 臨床調査個人票の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。

裏面に医療費等助成認定基準があります。

受給者 番号								審 査				(2013.06)
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--------	--	--	--	-----------

97 網膜脈絡膜萎縮症 臨床調査個人票 (1.新規)

ふりがな			性別	1.男 2.女	生年月日	1.明治 3.昭和	2.大正 4.平成	年	月	日生 歳			
氏名													
住所	郵便番号	電話 ()		出生都道府県	発病時在住都道府県								
発病年月	1.昭和 2.平成	年	月	(満 歳)	初診年月日	1.昭和 2.平成	年	月	日	保険種別	1.協 4.共	2.組 5.国	3.船 6.後
身体障害者 手帳	1.あり(等級 級) 2.なし		介護認定	1.要介護(要介護度) 2.要支援 3.なし									
生活状況	社会活動(1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他()) 日常生活(1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助)												
家族歴	1.あり 2.なし 3.不明		受診状況	1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院(/月) 4.往診あり 5.入通院なし 6.その他()									
	ありの場合(続柄)		(最近6か月)										

網掛け部分を患者さん(または代理の方)が記入してから医師にお持ちください。

該当の□にレ印を記入し、()内は選択、あるいは詳細を記載してください。

部には具体的に記述してください。

1 発症と経過

* (発症からの症状を聴取の上) 経過が進行性で → ある ない 不明

2 自覚症状

① 視力低下 ある なし

② 中心暗点 ある なし

③ 色覚異常 ある なし

3 臨床検査 (検査 年 月 日)

① 視力 右 () 左 ()

② 眼底所見 正常 黄斑変性 黄斑部出血 黄斑部白班 黄斑部浮腫 網脈絡膜萎縮 lacquer crack lesion 黄斑部網膜分離

③ 視野異常 正常 中心暗点 視野狭窄 地図状暗点

④ 蛍光眼底造影 (可能な場合のみ実施)

未検 黄斑部新生血管 Dark choroid 虫食い状蛍光 蛍光漏出 類囊胞黄斑浮腫

4 鑑別診断

① 炎症性のもの :

原田病 (鑑別できる ・ 鑑別できない)

トキソプラズマ感染 (鑑別できる ・ 鑑別できない)

結核 (鑑別できる ・ 鑑別できない)

梅毒 (鑑別できる ・ 鑑別できない)

その他の炎症性疾患 (鑑別できる ・ 鑑別できない)

② 非炎症性のもの :

クロロキン網膜症 (鑑別できる ・ 鑑別できない)

エタンブトール (鑑別できる ・ 鑑別できない)

メチルアルコール中毒 (鑑別できる ・ 鑑別できない)

外傷など (鑑別できる ・ 鑑別できない)

5 具体的な治療内容およびその反応性について記載してください。

医療機関名 医療機関コード

医療機関所在地

担当医師 氏名 記載年月日:平成 年 月 日

- (注) 1 記載日前6か月以内の資料に基づき記入してください。(ただし、遺伝子診断を要するものはこの限りではありません。)
- 2 記入漏れのある場合、鑑別診断が不十分な場合、添付資料に不足がある場合等は認定できないことがあります。
- 3 臨床調査個人票の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。

◆網膜脈絡膜萎縮症の医療費等助成認定基準◆

医療費助成の対象は、眼底後極部網膜脈絡膜萎縮症に限る。

下記の 1 ~ 4 のすべてを満たし、両眼とも矯正視力 0.1 以下であるもの

- 1 経過が進行性。(記載時点までの病歴も含めて)
- 2 自覚症状(視力低下、中心暗点、色覚異常)の中で2項目以上がみられる。
- 3 眼底所見(黄斑変性、黄斑部出血、黄斑部白班、黄斑部浮腫、黄斑部網膜分離、網脈絡膜萎縮、lacquer crack lesion)の中で1項目以上みられる。
- 4 蛍光眼底造影で特徴的な所見がある(この検査は可能な場合のみ実施する。)

<鑑別除外疾患>

原田病、トキソプラズマ感染、結核、梅毒、薬剤性視力障害(クロロキン、エタンブトール、メチルアルコール等)、外傷等

受給者 番号							
-----------	--	--	--	--	--	--	--

審査			WISH	入力
----	--	--	------	----

97 網膜脈絡膜萎縮症 臨床調査個人票 (2.更新)

ふりがな			性別	1.男 2.女	生年 月 日	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成	年 月 日 (満 歳)
氏名							
住所	郵便番号	電話 ()		出生 都道府県	発病時在住 都道府県		
発病年月	1.昭和 2.平成	年 月 (満 歳)	初診年月日	1.昭和 2.平成	年 月 日	保険種別	1.協 2.組 3.船 4.共 5.国 6.後
身障手帳	1.あり(等級__級) 2.なし	介護保険	1.あり(要介護度__)	2.要支援	3.なし		
生活状況	社会活動 (1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他())				初回認定年月		
	日常生活 (1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助)				1.昭和 2.平成		
家族歴	1.あり 2.なし 3.不明 ありの場合(続柄)	受診状況 (最近1年)	1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院(/月) 4.往診 5.入通院なし 6.その他()				
治療と経過 (具体的に記述)							
経過の進行性 (□有 □無) 治療 (治療継続・治療中止・経過観察のみ・その他 ())							
✓印を記入してください							
1	自覚症状	① 視力低下	□有 □無	② 中心暗点	□有 □無	③ 色覚異常	□有 □無
2	最近1年間の臨床検査 (検査年月日: 年 月 日)	① 視力 右 () 左 ()					
2	眼底所見	□ 黄斑変性	□ 黄斑部出血	□ 黄斑部白斑	□ lacquer crack lesion	□ 黄斑部網膜分離	
2	視野異常	□ 黄斑部浮腫	□ 網脈絡膜萎縮	□ 中心暗点	□ 視野狭窄	□ 地図状暗点	
4	蛍光眼底造影 (可能な場合のみ実施)	□ 未検 □ 黄斑部新生血管 □ Dark choroid □ 虫食い状蛍光 □ 蛍光漏出 □ 類囊胞黄斑浮腫					
3	具体的な治療内容、及びその反応性について記載してください。(必ず記載してください。)						
医療上の問題点							
医療機関名				医療機関コード			
医療機関所在地							
担当医師 氏名				記載年月日:平成 年 月 日			

網掛け部分を患者さん(または代理の方)が記入してから医師にお持ちください。

◆網膜脈絡膜萎縮症の医療費等助成認定基準◆

医療費等助成の対象は、眼底後極部網膜脈絡膜萎縮症に限る。
下記の1~4のすべてを満たし、両眼とも矯正視力0.1以下であるもの

- 1 経過が進行性。(記載時点までの病歴も含めて)
- 2 自覚症状(視力低下 中心暗点 色覚異常)の中で2項目以上がみられる。
- 3 眼底所見(黄斑変性 黄斑部出血、黄斑部白斑、黄斑部浮腫、黄斑部網膜分離、網脈絡膜萎縮、lacquer crack lesion)の中で1項目以上みられる。
- 4 蛍光眼底造影で特徴的な所見がある(この検査は可能な場合のみ実施する。)

<鑑別除外疾患>

原田病、トキソプラズマ感染、結核、梅毒、薬剤性視力障害(クロロキン、エタンブロール、メチルアルコール等)、外傷等

(注) 1 記載日前1年以内の資料に基づき記入してください。(ただし、遺伝子診断を要するものはこの限りではありません。)
2 記入漏れのある場合や鑑別診断が不十分な場合は認定できないことがありますので御注意ください。
3 臨床調査個人票の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
4 検査項目があり、未実施の場合には理由を記入してください。