

97 網膜脈絡膜萎縮症 臨床調査個人票 (案) (1.新規)

資料3-8①

Header form containing personal information: Name, Sex, Birth date, Address, Medical history, Insurance, Disability status, and Family history.

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 □ あり □ なし
② 中心暗点 □ あり □ なし
③ 色覚異常 □ あり □ なし

3 臨床検査
① 視力 右 () 左 () (検査年月: 年 月 日)
② 眼底所見 □ 正常 □ 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
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 □ 類嚢胞黄斑浮腫

4 鑑別診断 (鑑別できない場合、その理由をそれぞれ右に記載してください)
① 炎症性のもの :
原田病 (鑑別できる ・ 鑑別できない) 理由: _____
トキソプラズマ感染 (鑑別できる ・ 鑑別できない) 理由: _____
結核 (鑑別できる ・ 鑑別できない) 理由: _____
梅毒 (鑑別できる ・ 鑑別できない) 理由: _____
その他の炎症性疾患 (鑑別できる ・ 鑑別できない) 理由: _____
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) 理由: _____
エタンブトール (鑑別できる ・ 鑑別できない) 理由: _____
メチルアルコール中毒 (鑑別できる ・ 鑑別できない) 理由: _____
外傷など (鑑別できる ・ 鑑別できない) 理由: _____

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。

6 記載日前6か月以内の視力検査結果について、記載してください (他の眼病変等に伴う一時的な視力低下を除き、最も悪い状態について記載してください。 [3]と同じ検査結果でも、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 病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、認定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。)。
2 治療開始後における重症度分類については、認定基準上に特段の規定がない場合には、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。
3 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。
4 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◆

(診断基準)
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。
以下の[1]から[5]までの全てを満たし、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む。)
[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。)。
[5] 以下の鑑別診断が除外できるもの
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
(重症度分類等)
両眼とも矯正視力 0.1 以下であるものを重症例として対象とする (ただし、他の眼病変等に伴う一時的な視力低下を除く。)

