

97 網膜脈絡膜萎縮症 臨床調査個人票 (2.更新)

ふりがな 氏 名	性別		1.男 2.女	生 年 月 日	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	年 月 (満 歳)	初 診 年 月 日	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)				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) 4.往診 5.入院なし 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	□ あり □ なし	② 中心暗点	□ あり □ なし	③ 色覚異常	□ あり □ なし
2	最近 1 年間の臨床検査 (①は、必ず記載日前 6 か月以内の検査結果を記載してください (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)。②～④は、最近 1 年間に実施していれば記載してください。)						
	① 視力	右 ()	左 ()	(検査年月日: 年 月 日)			
	② 眼底所見	□ 黄斑変性 □ 黄斑部浮腫	□ 黄斑部出血 □ 黄斑部網膜分離	□ 黄斑部白斑 □ 網膜脈絡膜萎縮	□ lacquer crack lesion		
	③ 視野異常	□ 中心暗点	□ 視野狭窄	□ 地図状暗点			
	④ 蛍光眼底造影	□ 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	最近 1 年間の具体的な治療内容、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: 令和 年 月 日 診断年月日: 令和 年 月 日			
※自筆または押印のこと							

◆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、両眼とも矯正視力が 0.1 以下であるもの

① 経過が進行性である (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、網膜脈絡膜萎縮、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、エタンプトール、メチルアルコール等)、外傷等

(重症度分類等)
 両眼とも矯正視力が 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。)

(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 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。
 4 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。
 5 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。