

306 好酸球性副鼻腔炎(更新)

■ 基本情報その1

受給者番号

氏名			
姓(漢字)	名(漢字)	姓(かな)	名(かな)
住所			
郵便番号	住所		
生年月日等			
生年月日	西暦	年	月 日 性別 1.男 2.女

■ 重症度分類に関する事項 (該当するものにチェック) (必須項目)

※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ヵ月間で最も悪い状態を記載してください。

以下の1) または2) のいずれかを満たす	左記の重症度を
1) 重症度分類で中等症以上	<input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たさない (*軽症者へ)
2) 好酸球性中耳炎を合併している場合	

(*軽症者) 審査の結果、「重症度を満たさない」と判定された場合は、更新申請手続きを行う月以前の12か月以内に指定難病に係る医療費(10割分)が33,330円を超える月数が3か月以上あることを確認できる「自己負担上限額管理票」等の提出を行わないと、医療費助成は継続されません。

1) 重症度分類 (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) (該当するものにチェック)

<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"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 不明
② CTにて篩骨洞優位の陰影が存在する	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 不明
B項目	
① 気管支喘息	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 不明
② アスピリン不耐症	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 不明
③ NSAIDアレルギー	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 不明

2) 好酸球性中耳炎を合併している場合 (該当するものにチェック)

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"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 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"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 不明
小項目	
(1) にかわ状の中耳貯留液	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 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"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 不明
(3) 気管支喘息の合併	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 不明
(4) 鼻茸の合併	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> を記入する。	<input type="checkbox"/> 全て除外可 <input type="checkbox"/> 除外不可 <input type="checkbox"/> 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	

■ 基本情報その2

出生市区町村				
出生時氏名 (変更のある場合)		姓(漢字)	名(漢字)	
		姓(かな)	名(かな)	
家族歴	近親者の発症者の有無	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()		
発病時の状況	発症年月	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		

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入) ※本疾患により装着している者に限る

使用の有無	1.あり 2.なし			
開始時期	西暦	年	月	
	離脱の見込み		1.あり 2.なし	
種類	1.気管切開口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	<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										
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
医療機関所在地	医師の氏名										
電話番号	_____										
	記載年月日: 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ヵ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27年5月13日健発0513第1号健康局長通知)を参照の上、ご記入ください。

・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。

この臨床調査個人票は、大阪府更新申請用です。「難病指定医」又は「協力難病指定医」でなければ作成できません。