

臨床調査個人票 認定 不認定
053. シェーグレン症候群
(更新)

※診断書には過去6ヶ月間で一番悪い状態の内容を記載してください。
 ※診断基準、重症度分類については、「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。
 ※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。

■基本情報

氏名および受給者番号		受給者番号 ()	
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

※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。

ESSDAIで合計点数が5点以上	左記の重症度を 1. 満たす 2. 満たさない(*軽症者へ)
------------------	-----------------------------------

(*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。

ESSDAI					
各項目の活動性のうち、当てはまるものにチェック☑し、点数は()内の数値に係数を乗じて記入してください					
評価項目	活動性			重み(係数)	点数(活動性×係数)
健康状態	<input type="checkbox"/> 無(0)	<input type="checkbox"/> 低(1)	<input type="checkbox"/> 中(2)	3	点
リンパ節腫脹	<input type="checkbox"/> 無(0)	<input type="checkbox"/> 低(1)	<input type="checkbox"/> 中(2) <input type="checkbox"/> 高(3)	4	点
腺症状	<input type="checkbox"/> 無(0)	<input type="checkbox"/> 低(1)	<input type="checkbox"/> 中(2)	2	点
関節症状	<input type="checkbox"/> 無(0)	<input type="checkbox"/> 低(1)	<input type="checkbox"/> 中(2) <input type="checkbox"/> 高(3)	2	点
皮膚症状	<input type="checkbox"/> 無(0)	<input type="checkbox"/> 低(1)	<input type="checkbox"/> 中(2) <input type="checkbox"/> 高(3)	3	点
肺病変	<input type="checkbox"/> 無(0)	<input type="checkbox"/> 低(1)	<input type="checkbox"/> 中(2) <input type="checkbox"/> 高(3)	5	点
腎病変	<input type="checkbox"/> 無(0)	<input type="checkbox"/> 低(1)	<input type="checkbox"/> 中(2) <input type="checkbox"/> 高(3)	5	点
筋症状	<input type="checkbox"/> 無(0)	<input type="checkbox"/> 低(1)	<input type="checkbox"/> 中(2) <input type="checkbox"/> 高(3)	6	点
末梢神経障害	<input type="checkbox"/> 無(0)	<input type="checkbox"/> 低(1)	<input type="checkbox"/> 中(2) <input type="checkbox"/> 高(3)	5	点
中枢神経障害	<input type="checkbox"/> 無(0)	<input type="checkbox"/> 低(1)	<input type="checkbox"/> 中(2) <input type="checkbox"/> 高(3)	5	点
血液障害	<input type="checkbox"/> 無(0)	<input type="checkbox"/> 低(1)	<input type="checkbox"/> 中(2) <input type="checkbox"/> 高(3)	2	点
生物学的所見	<input type="checkbox"/> 無(0)	<input type="checkbox"/> 低(1)	<input type="checkbox"/> 中(2)	1	点
合計点数：右に各項目の点数の合計を記入してください					点

■発症と経過

発病時の状況			
発症年月	西暦 年 月		
病型	1. 一次性（他の膠原病合併なし） 2. 二次性		
合併する膠原病	1. 関節リウマチ 2. 全身性エリテマトーデス 3. 多発性筋炎 4. 皮膚筋炎 5. 混合性結合組織病 6. 強皮症 7. 血管炎 8. その他（ ）		
その他の合併症			
経過			
経過	1. 進行性 2. 進行後停止 3. 軽快 4. その他（ ）		
特記事項			
生検病理組織検査（西暦 年 月 日）			
口唇腺組織	4mm ² 当たり1focus（導管周囲に50個以上のリンパ球浸潤） 1. 以上 2. 未満 3. 未実施		
涙腺組織	4mm ² 当たり1focus（導管周囲に50個以上のリンパ球浸潤） 1. 以上 2. 未満 3. 未実施		
口腔検査（西暦 年 月 日）			
唾液腺造影	Stage1（直径1mm未満の小点状陰影）以上の異常所見 1. あり 2. なし 3. 未実施		
唾液分泌量低下	ガム試験にて10分間で10ml以下 1. あり 2. なし 3. 未実施 サクソテストにて2分間で2g以下 1. あり 2. なし 3. 未実施		
唾液腺シンチグラフィ	機能低下所見 1. あり 2. なし 3. 未実施		
眼科検査（西暦 年 月 日）			
シルマー試験	5分間に5mm以下 1. はい 2. いいえ 3. 未実施		
ローズベンガル試験	スコア3以上 1. はい 2. いいえ 3. 未実施		
蛍光色素（フルオレセイン）試験	1. 陽性 2. 陰性 3. 未実施		
抗SS-A抗体	1. 陽性 2. 陰性 3. 未実施	抗SS-B抗体	1. 陽性 2. 陰性 3. 未実施
リウマトイド因子	1. 陽性 2. 陰性 3. 未実施	抗核抗体	1. 320倍以上 2. 320倍未満 3. 未実施

■治療その他

人工呼吸器（使用者のみ詳細記入）※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																							
<以下有の場合> 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><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 <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><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																							
電話番号	<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><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																							
記載年月日： 年 月 日																								

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。