

臨床調査個人票 認定 不認定  
096. クローン病(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	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。

IOIBDスコアで2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。

クローン病の重症度分類

IOIBDスコア	( )点 ※下記の項目で該当するものを各1点とした合計点を記入してください
該当するものにチェック☑	<input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 1日6回以上の下痢あるいは粘血便 <input type="checkbox"/> 肛門部病変 <input type="checkbox"/> 瘻孔 <input type="checkbox"/> その他の合併症(ぶどう膜炎、虹彩炎、口内炎、関節炎、皮膚症状(結節性紅斑、壊疽性膿皮症)、深部静脈血栓症等) <input type="checkbox"/> 腹部腫瘍 <input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> 38℃以上の発熱 <input type="checkbox"/> 腹部圧痛 <input type="checkbox"/> ヘモグロビン10g/dL以下

発病時の状況

発症年月	西暦	年 月
発症と経過		
生活歴・既往歴	喫煙	1. なし 2. 過去の喫煙 3. 現在の喫煙 4. 不明
	虫垂切除歴	1. なし 2. あり
家族歴	近親者の発症者の有無	クローン病 家系内発生 <input type="checkbox"/> 1. あり [ <input type="checkbox"/> 1親等(親・子) <input type="checkbox"/> 2親等(兄弟姉妹・祖父母・孫) <input type="checkbox"/> 3親等以上( )] 2. なし 3. 不明
		潰瘍性大腸炎 家系内発生 <input type="checkbox"/> 1. あり [ <input type="checkbox"/> 1親等(親・子) <input type="checkbox"/> 2親等(兄弟姉妹・祖父母・孫) <input type="checkbox"/> 3親等以上( )] 2. なし 3. 不明
合併症 (過去6ヶ月間の)	腸管合併症の有無 ※複数選択可。ありの場合はその項目にチェック☑	1. あり <input type="checkbox"/> 狭窄、閉塞 <input type="checkbox"/> 瘻孔 <input type="checkbox"/> 膿瘍(腹腔内、後腹膜) <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 穿孔 <input type="checkbox"/> 中毒性巨大結腸症 <input type="checkbox"/> 癌・dysplasia(部位: ) <input type="checkbox"/> その他( ) 2. なし 3. 不明
	腸管外合併症の有無	1. あり <input type="checkbox"/> 関節病変 <input type="checkbox"/> 皮膚病変 <input type="checkbox"/> 眼病変 <input type="checkbox"/> 原発性硬化性胆管炎 <input type="checkbox"/> 自己免疫膵炎( <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II) <input type="checkbox"/> IgG4関連疾患 <input type="checkbox"/> 成長障害 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他2. なし 3. 不明
過去1年間の妊娠(女性のみ)		1.あり 2.なし
特記事項		

■臨床所見

理学所見

身長	cm	体重	kg
脈拍	回/分	体温	度

罹患部位(過去6ヶ月間の最重症時)

年月日	西暦	年 月 日
最近の罹患部位	1.食道 2.胃 3.十二指腸 4.空腸 5.回腸 6.虫垂 7.結腸 8.直腸 9.肛門 10.その他 11.不明 結腸の部位 1.盲腸 2.上行 3.横行 4.下行 5.S状	

主症状(過去6ヶ月間の最重症時)

年月日	西暦	年 月 日
排便回数	1.6回/日以上 2.5回/日 3.4回/日以下	
便の性状	出血 1.(+++)+以上 2.(++) 3.(+)~(-) 性状 1.水様 2.泥状 3.軟便 4.有形	
腹部 自発痛	1.あり 2.なし	肛門部病変 1.あり 2.なし
瘻孔	1.あり 2.なし	腹部腫瘍 1.あり 2.なし
体重減少	1.あり 2.なし	腹部圧痛 1.あり 2.なし

合併症

腸管合併症	1.あり 2.なし 3.不明 (種類) 1.狭窄、閉塞 2.瘻孔 3.膿瘍(腹腔内、後腹膜) 4.出血 5.穿孔 6.中毒性巨大結腸症 7.癌・dysplasia :部位( ) 8.その他:内容( )
腸管外合併症	1.あり 2.なし 3.不明 (種類) 1.関節病変 2.皮膚病変 3.眼病変 4.原発性硬化性胆管炎 5.自己免疫膵炎 I 6.自己免疫膵炎 II 7.IgG4 関連疾患 8.成長障害 9.骨粗鬆症 10.その他:内容( )

■検査所見

血液検査(過去6ヶ月間の最重症時)

検査実施	1.実施 2.未実施	検査年月日	西暦	年 月 日
白血球	/μL	赤血球	×10 <sup>4</sup> /μL	ヘモグロビン g/dL
血小板	×10 <sup>4</sup> /μL	赤沈(1時間)	mm/h	総蛋白 g/dL
アルブミン	g/dL	総コレステロール	mg/dL	CRP mg/dL

X線造影検査(過去6か月間の最重症時)				
	食道・胃・十二指腸病変	小腸病変	大腸病変	
検査実施	1.実施 2.未実施	1.実施 2.未実施	1.実施 2.未実施	
検査年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	
非連続性病変	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	
敷石像	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	
縦走潰瘍	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	
アフタ・小潰瘍	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	
狭窄・狭小化	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	
裂溝	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	
瘻孔	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	
内視鏡検査(過去6か月間の最重症時)				
	食道・胃・十二指腸病変	小腸病変	大腸病変	
検査実施	1.実施 2.未実施	1.実施 2.未実施	1.実施 2.未実施	
検査年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	
非連続性病変	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	
敷石像	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	
縦走潰瘍	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	
アフタ・小潰瘍	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	
狭窄・狭小化	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	
裂溝	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	
瘻孔	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	1.あり 2.なし	
内科的治療				
内科的治療	1.実施 2.未実施			
現在の治療 ※ありの場合はチェック☑すること	ステロイド 1.あり(種類:□内服 □点滴静注) 2.なし 免疫調節薬 1.あり(種類:□AZA □6-MP) 2.なし 抗菌薬(シプロフロキサシン) 1.あり 2.なし その他の治療 1.あり 2.なし	5-ASA製剤 1.あり 2.なし 抗TNFα抗体製剤 1.あり 2.なし 抗菌薬(メトロニダゾール) 1.あり 2.なし		
薬剤による副作用 ※ありの場合はチェック☑すること	1.あり 2.なし チオプリン□無顆粒球症 □その他: メサラジン不耐(□アレルギー □その他: TNFα抗体製剤(□infusion reaction □皮膚病変 □感染症 □その他: )			
栄養療法	(IVH) 1.あり 2.なし 用量 kcal/日 (経腸) 1.あり 2.なし 用量 kcal/日			
外科的治療				
申請までに行った治療	1.あり 2.なし 腸管切除 回 肛門部手術回数 回			
手術理由 ※ありの場合はチェック☑すること	1.腸管狭窄、閉塞 2.腸管瘻孔:部位(□内瘻 □外瘻) 3.膿瘍(□腹腔内 □後腹膜) 4.腸管出血 5.腸管穿孔 6.癌・dysplasia(部位: ) 7.内科的治療無効(□腸管病変 □肛門病変) 8.その他(内容: )			
手術日・術式	1回目:手術日 西暦 年 月 日 1回目:術式1.小腸部分切除術 2.回盲部切除術 3.結腸右半切除術 4.大腸部分切除術 5.直腸切断術 6.狭窄形成術 7.吻合部切除術 8.人工肛門造設術 9.肛門手術 10.その他 11.詳細不明・その他 2回目:手術日 西暦 年 月 日 2回目:術式1.小腸部分切除術 2.回盲部切除術 3.結腸右半切除術 4.大腸部分切除術 5.直腸切断術 6.狭窄形成術 7.吻合部切除術 8.人工肛門造設術 9.肛門手術 10.その他 11.詳細不明・その他 3回目:手術日 西暦 年 月 日 3回目:術式1.小腸部分切除術 2.回盲部切除術 3.結腸右半切除術 4.大腸部分切除術 5.直腸切断術 6.狭窄形成術 7.吻合部切除術 8.人工肛門造設術 9.肛門手術 10.その他 11.詳細不明・その他			
内視鏡的狭窄拡張術	1.あり 2.なし 実施日 西暦 年 月 日			
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	□自立	□部分介助	□全介助
	車椅子とベッド間の移動	□自立	□軽度介助	□部分介助 □全介助
	整容	□自立	□部分介助/不可能	
	トイレ動作	□自立	□部分介助	□全介助
	入浴	□自立	□部分介助/不可能	
	歩行	□自立	□軽度介助	□部分介助 □全介助
	階段昇降	□自立	□部分介助	□不能
	着替え	□自立	□部分介助	□全介助
	排便コントロール 排尿コントロール	□自立	□部分介助	□全介助
医療機関名	指定医番号 □□□□□□□□□□			
医療機関所在地	医師の氏名			
電話番号	_____			
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。