

臨床調査個人票 認定 不認定
**098 - 1. 好酸球性消化管疾患
 新生児－乳児(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。

重症度分類で中等症以上	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。

重症度分類	
該当するものにチェック☑	
<input type="checkbox"/> 重症 (N-FPIES 症状スコア40点以上、または以下に挙げる重症の症状を伴う)	
該当するものに チェック☑	<input type="checkbox"/> 腸穿孔 <input type="checkbox"/> 腸閉塞 <input type="checkbox"/> 外科手術が必要となった <input type="checkbox"/> 重度のショック <input type="checkbox"/> 成長障害 <input type="checkbox"/> 低蛋白血症
<input type="checkbox"/> 中等症 (N-FPIES 症状スコア20点-39点)	
<input type="checkbox"/> 軽症 (N-FPIES 症状スコア19点以下)	
N-FPIES 症状スコア	
以下の各項目のうち、該当するものにチェック☑し、下線部にカッコ内の点数の合計を記入	
全身状態 (本症による状態悪化が推定される場合)	<input type="checkbox"/> 調子よく、行動制限なし(0点) <input type="checkbox"/> 月齢相応の行動が、通常より制限される(6点) <input type="checkbox"/> 状態不良でしばしば行動制限あり(12点) <input type="checkbox"/> 発達の明らかな遅れあり(18点)
体重	<input type="checkbox"/> -1SD以上(0点) <input type="checkbox"/> -1SD未満(3点) <input type="checkbox"/> -2SD未満(12点) <input type="checkbox"/> -3SD未満(18点)
嘔吐	<input type="checkbox"/> 嘔吐なし(0点) <input type="checkbox"/> 1-2回/日の嘔吐(6点) <input type="checkbox"/> 3-5回/日の嘔吐(12点) <input type="checkbox"/> 6回/日以上嘔吐(16点)
食欲不振	<input type="checkbox"/> 食欲はある(0点) <input type="checkbox"/> 食欲がないことがある(6点) <input type="checkbox"/> 食欲はいつもない(12点) <input type="checkbox"/> 食欲はほとんどなく、経管栄養などを必要とする(16点)
下痢	<input type="checkbox"/> 0-1回/日の水様便まで(0点) <input type="checkbox"/> 2-5回/日の水様便。月に7日以上(6点) <input type="checkbox"/> 6回以上/日の水様便。1日以上(12点) <input type="checkbox"/> 脱水を起こし、点滴を必要とした(16点)
血便	<input type="checkbox"/> 血便なし(0点) <input type="checkbox"/> 少量の血が混じる程度。月に4日以上(6点) <input type="checkbox"/> 明らかな血便。月に4日以上(12点) <input type="checkbox"/> 大量の血便。月に4日以上(16点)
合計点数	_____点

発病時の状況	
発症年月	西暦 年 月
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										
合併症													
腸穿孔	1.あり 2.なし	腸閉塞	1.あり 2.なし										
ショック	1.あり 2.なし	成長障害	1.あり 2.なし										
外科手術が必要となった	1.あり 2.なし	内容											
その他	1.あり 2.なし	内容											
内科的治療													
食餌療法	1.あり 2.なし 具体的に： 治療効果 1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明												
現時点で本症の原因と考えられ、摂取が不可能な食物	1.牛乳由来ミルク 2.大豆 3.米 4.小麦 5.卵 6.魚 7.肉 8.その他 ()												
副腎皮質ステロイド	1.あり 2.なし プレドニゾロン換算量 mg/1.日 2.週 治療効果 1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明												
中心静脈栄養	1.行った 2.行っていない												
その他の治療法	1.あり 2.なし 内容： 治療効果 1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明												
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 style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></td> <td style="width:12.5%;"></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													

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。