

098-2 好酸球性消化管疾患
(小児-成人)

■ 患者情報

保険情報	保険者番号		被保険者記号	
	被保険者番号		被保険者 個人単位枝番	
	資格取得 年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	*以降、数字は 右詰めで記入
氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
以前の登録氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
住所	郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	都道府県			
	市区町村			
	丁目番地等			
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性			
出生地	都道府県			
	市区町村			

■ 基本情報

家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明						
	発症者続柄						
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性) <input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方) <input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ <input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入						
	続柄						
発症時期	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月
社会保障							
介護認定	<input type="checkbox"/> 1. 要介護 <input type="checkbox"/> 2. 要支援 <input type="checkbox"/> 3. なし						
要介護度	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		
生活状況							
移動の程度	<input type="checkbox"/> 1. 歩き回るのに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 寝たきりである						
身の回りの管理	<input type="checkbox"/> 1. 洗面や着替えに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 自分でできない						
ふだんの活動	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 行うことができない						
痛み／不快感	<input type="checkbox"/> 1. ない <input type="checkbox"/> 2. 中程度ある <input type="checkbox"/> 3. ひどい						
不安／ふさぎ込み	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. 中程度 <input type="checkbox"/> 3. ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる						
手帳取得状況							
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり (等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級)						
療育手帳	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり						
精神障害者 保健福祉手帳 (障害者手帳)	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり (等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級)						
人工呼吸器等装着者認定基準に該当							
<input type="checkbox"/> 1. する <input type="checkbox"/> 2. しない <input type="checkbox"/> 3. 不明							

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> 好酸球性食道炎：Aの1.またはAの2.の症状を有し、食道粘膜の生検で上皮内に15/HPF以上の好酸球が存在
<input type="checkbox"/> 好酸球性胃腸炎：Aの3.～5.のいずれかの症状を有し、以下の2項目のうちのいずれかを満たす <input type="checkbox"/> 胃、小腸、大腸の生検で粘膜内に20/HPF以上の好酸球浸潤が存在し、鑑別診断で他の炎症性腸疾患を全て除外できる。 <input type="checkbox"/> 腹水が存在し腹水中に多数の好酸球が存在している。
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない

A. 臨床所見

理学所見			
1. 嚥下障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	2. つかえ感	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
3. 腹痛	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	4. 下痢	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
5. 嘔吐	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		

B. 検査所見

病理検査			
食道粘膜上皮内好酸球 (15/HPF以上)	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当	胃粘膜内好酸球 (20/HPF以上)	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /HPF		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /HPF
小腸粘膜内好酸球 (20/HPF以上)	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当	大腸粘膜内好酸球 (20/HPF以上)	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /HPF		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /HPF

C. 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☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可	<input type="checkbox"/> 2. 除外不可	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 1. クロウン病	<input type="checkbox"/> 2. 潰瘍性大腸炎	<input type="checkbox"/> 3. 胃十二指腸潰瘍	<input type="checkbox"/> 4. 薬剤性消化管障害
<input type="checkbox"/> 5. ヘリコバクター・ピロリ感染症	<input type="checkbox"/> 6. 消化管リンパ腫	<input type="checkbox"/> 7. 大腸がん	
<input type="checkbox"/> 8. 食道がん	<input type="checkbox"/> 9. 胃食道逆流症	<input type="checkbox"/> 10. 寄生虫疾患	<input type="checkbox"/> 11. 感染性腸炎
<input type="checkbox"/> 12. 偽膜性腸炎	<input type="checkbox"/> 13. メッケル憩室	<input type="checkbox"/> 14. 他疾患による食道狭窄	
<input type="checkbox"/> 15. アカラジア	<input type="checkbox"/> 16. 好酸球増多症候群	<input type="checkbox"/> 17. 中腸軸捻転	<input type="checkbox"/> 18. 消化管閉鎖
<input type="checkbox"/> 19. 腸重積	<input type="checkbox"/> 20. ヒルシュスプルング病		
<input type="checkbox"/> 21. 乳糖不耐症	<input type="checkbox"/> 22. ヘノッホ・シェーンライン紫斑病		

■ 重症度分類に関する事項

重症度（年齢に対応する表の合計点を使用）	
<input type="checkbox"/> 1. 重症（2～19歳のみ）：次の重度の症状を伴う場合 <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"/> ステロイド長期使用による副作用	
<input type="checkbox"/> 2. 重症（40点以上） <input type="checkbox"/> 3. 中等症（15～39点） <input type="checkbox"/> 4. 軽症（14点以下）	
共通質問	
副作用が懸念される 抗炎症薬治療	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	内容
治療のために食物 除去を行っている	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし

2～19歳（症状スコア採点表）

全身状態（EGID による状態悪化 が推定される 場合）	<input type="checkbox"/> 1. 調子よく、行動制限なし(0) <input type="checkbox"/> 2. 年齢相応の行動が、通常より制限される(3) <input type="checkbox"/> 3. 状態不良でしばしば行動制限あり(6) <input type="checkbox"/> 4. 発達の明らかな遅れあり(10)
体重	<input type="checkbox"/> 1. 体重増加、もしくは安定(0) <input type="checkbox"/> 2. 体重が増えない(3) <input type="checkbox"/> 3. 体重<-2SD(6) <input type="checkbox"/> 4. 体重<-3SD(9)

身長	<input type="checkbox"/> 1. $-1SD \leq$ 身長 (0) <input type="checkbox"/> 2. $-2SD \leq$ 身長 $< -1SD$ (両親の身長から問題なければカウントしない) (3) <input type="checkbox"/> 3. 身長 $< -2SD$ (6) <input type="checkbox"/> 4. 身長 $< -3SD$ (9)
上部消化管を代表する症状(1) 嘔吐	<input type="checkbox"/> 1) 嘔気なし(0) <input type="checkbox"/> 2) 嘔気あり(嘔吐なし)月に4日以上(3) <input type="checkbox"/> 3) 1回/日の嘔吐 月に4日以上(5) <input type="checkbox"/> 4) 2~5回/日の嘔吐 月に4日以上(7) <input type="checkbox"/> 5) 6回/日以上嘔吐 月1日以上(9)
上部消化管を代表する症状(2) 嚥下障害	<input type="checkbox"/> 1. 普通に食物を飲み込める(0) <input type="checkbox"/> 2. 飲み込みにくいことがある 月に4日以上(3) <input type="checkbox"/> 3. いつも飲み込みにくく苦勞する(6) <input type="checkbox"/> 4. 食物圧入、または内視鏡による摘出を経験した(9)
上部消化管を代表する症状(3) 食欲不振	<input type="checkbox"/> 1. 食欲はある(0) <input type="checkbox"/> 2. 食欲がないことがある 月に4日以上(3) <input type="checkbox"/> 3. 食欲はいつもない(6) <input type="checkbox"/> 4. 食欲はほとんどなく、経管栄養などを必要とする(9)
腹痛	<input type="checkbox"/> 1. 腹痛なし(0) <input type="checkbox"/> 2. 軽度、短時間で、活動を制限しない(3) <input type="checkbox"/> 3. 中等度、連日で長く続いたり、就眠後に起こる(6) <input type="checkbox"/> 4. 重度、鎮痛剤の使用を必要とする痛みが常にある(9)
下部消化管を代表する症状(1) 下痢	<input type="checkbox"/> 1) 0~1回/日の水様便まで(0) <input type="checkbox"/> 2) 2~5回/日の水様便 月に4日以上(3) <input type="checkbox"/> 3) 6回以上/日の水様便 月に4日以上(6) <input type="checkbox"/> 4) 脱水を起こした、点滴を必要とした(9)
下部消化管を代表する症状(2) 血便	<input type="checkbox"/> 1. 血便なし(0) <input type="checkbox"/> 2. 少量の血が混じる程度 1回/日以上(3) <input type="checkbox"/> 3. 明らかな血便 1回/日以上(6) <input type="checkbox"/> 4. 大量の血便(9)
検査所見	<input type="checkbox"/> 1) アルブミン(Alb)、ヘモグロビン(Hb)とも異常なし(0) <input type="checkbox"/> 2) $3.0 \leq Alb < 3.5$, and/or $9.0 \leq Hb < 11.0$ (3) <input type="checkbox"/> 3) $Alb < 3.0$ and/or $Hb < 9.0$ (6) <input type="checkbox"/> 4) $Alb < 2.0$ and/or $Hb < 7.0$ (9)
末梢血好酸球割合	<input type="checkbox"/> 1) 0 から 5%未満(0) <input type="checkbox"/> 2) 5%以上 10%未満(3) <input type="checkbox"/> 3) 10%以上 20%未満(6) <input type="checkbox"/> 4) 20%以上(9)
合計点数 (カッコ内の数の合計)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 点

20 歳以上（成人 EGID 重症度評価票）

上部消化管を代表する症状(1) 嘔吐	<input type="checkbox"/> 1) 嘔気なし(0) <input type="checkbox"/> 2) 嘔気あり（嘔吐なし）(3) <input type="checkbox"/> 3) 1 回/日の嘔吐 月に 4 日以上(5) <input type="checkbox"/> 4) 2~5 回/日の嘔吐 月に 4 日以上(7) <input type="checkbox"/> 5) 6 回/日以上嘔吐 月に 1 日以上(9)
上部消化管を代表する症状(2) 嚥下障害	<input type="checkbox"/> 1. 普通に食物を飲み込める(0) <input type="checkbox"/> 2. いつも飲み込みにくく苦勞する(6) <input type="checkbox"/> 3. 食物圧入、または内視鏡による摘出を経験した(9)
上部消化管を代表する症状(3) 食欲不振	<input type="checkbox"/> 1. 食欲はある(0) <input type="checkbox"/> 2. 食欲はいつもない(6) <input type="checkbox"/> 3. 食欲はほとんどなく、経管栄養などを必要とする(9)
腹痛	<input type="checkbox"/> 1. 腹痛なし(0) <input type="checkbox"/> 2. 軽度、短時間で、活動を制限しない(3) <input type="checkbox"/> 3. 中等度、連日で長く続いたり、就眠後に起こる(6) <input type="checkbox"/> 4. 重度、鎮痛剤の使用を必要とする痛みが常にある(9)
下部消化管を代表する症状(1) 下痢	<input type="checkbox"/> 1) 0~1 回/日の水様便まで(0) <input type="checkbox"/> 2) 2~5 回/日の水様便 月に 4 日以上(3) <input type="checkbox"/> 3) 6 回以上/日の水様便 月に 4 日以上(6) <input type="checkbox"/> 4) 脱水を起こした(9)
下部消化管を代表する症状(2) 血便	<input type="checkbox"/> 1. 血便なし(0) <input type="checkbox"/> 2. 少量の血が混じる程度 月に 1 回以上(3) <input type="checkbox"/> 3. 明らかな血便 月に 1 回以上(6) <input type="checkbox"/> 4. 連日、大量の血便(9)
検査所見（最小値をお選びください）	<input type="checkbox"/> 1) アルブミン（Alb）異常なし(0) <input type="checkbox"/> 2) $3.0 \leq Alb < 3.5$ (3) <input type="checkbox"/> 3) $2.0 \leq Alb < 3.0$ (6) <input type="checkbox"/> 4) $Alb < 2.0$ (9)
末梢血好酸球割合（最大値をお選びください）	<input type="checkbox"/> 1) 0 から 5%未満(0) <input type="checkbox"/> 2) 5%以上 10%未満(3) <input type="checkbox"/> 3) 10%以上 20%未満(6) <input type="checkbox"/> 4) 20%以上(9)
これまでに EGID の合併症（穿孔、狭窄など）を解除するために手術を行った	<input type="checkbox"/> 1. いいえ(0) <input type="checkbox"/> 2. はい(5)
EGID の治療目的で過去一年間にステロイド、免疫抑制薬などの副作用が懸念される薬剤を使用	<input type="checkbox"/> 1. 使用していない(0) <input type="checkbox"/> 2. 使用した(5)
合計点数 (カッコ内の数の合計)	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: inline-block;"></div> 点

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など *500 文字以内

■ その他の事項

発症と経過 (新規)

初発症状			
<input type="checkbox"/> 1. 嘔吐 <input type="checkbox"/> 2. 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 3. つかえ感 <input type="checkbox"/> 4. 食物嵌頓 <input type="checkbox"/> 5. 胸焼け <input type="checkbox"/> 6. 食欲不振 <input type="checkbox"/> 7. 腹痛 <input type="checkbox"/> 8. 体重増加不良 <input type="checkbox"/> 9. 成長障害 <input type="checkbox"/> 10. 下痢 <input type="checkbox"/> 11. 血便			
既往歴			
基礎疾患	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	内容		
先天性疾患	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	内容		
手術歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	内容		
周産期の異常	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	内容		
アレルギー歴	<input type="checkbox"/> 1. 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 2. アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 3. 即時型食物アレルギー <input type="checkbox"/> 4. なし <input type="checkbox"/> 5. 不明		
当該疾患による、症状が最も重い時期の所見			
西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	日	<input type="text"/>	<input type="text"/>
食物嵌頓	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	食欲不振	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
胸焼け	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	体重増加不良 または体重減少	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
るいそう	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	成長障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
血便	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		

合併症						
腸穿孔	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	腸閉塞	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	
ショック	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	成長障害	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	
ステロイド長期使用による副作用		<input type="checkbox"/> 1. あり				<input type="checkbox"/> 2. なし
		内容				
外科手術が必要となった		<input type="checkbox"/> 1. あり				<input type="checkbox"/> 2. なし
		内容				
その他		<input type="checkbox"/> 1. あり				<input type="checkbox"/> 2. なし
		内容				

検査所見 (新規) *小数点も1文字として記入し、以降の数値ボックスについては全て同様に記載する

理学所見													
身長	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	体重	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	kg				
脈拍	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	回/分	体温	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	度				
血液検査													
検査年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日	
赤血球	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	$\times 10^4/\mu\text{L}$	ヘモグロビン	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	g/dL	
白血球	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ μL	好中球	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	%
好酸球	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>		%	リンパ球	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	%	
単球	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>		%	好塩基球	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	%	
血小板	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	$\times 10^4/\mu\text{L}$	総蛋白	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	g/dL	
アルブミン	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		g/dL	AST	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	IU/L
ALT	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	IU/L							
LDH	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	IU/L	<input type="checkbox"/> 1. IFCC 法	<input type="checkbox"/> 2. JSCC 法					

尿素窒素	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	ナトリウム	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mEq/L	
カリウム	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mEq/L	クロール	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mEq/L	
CRP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	総 IgE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/mL	
食物特異的 IgE (クラス)				
血清補体価 (CH50)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> U/mL			
便検査				
検査年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日			
便潜血	<input type="checkbox"/> 1.+ <input type="checkbox"/> 2.-	便粘液好酸球	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	
腹腔穿刺				
検査年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日			
腹水内の好酸球	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %			
内視鏡検査				
検査年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日			
胃所見	<input type="checkbox"/> 1.浮腫 <input type="checkbox"/> 2.発赤 <input type="checkbox"/> 3.びらん <input type="checkbox"/> その他			
小腸	<input type="checkbox"/> 1.浮腫 <input type="checkbox"/> 2.発赤 <input type="checkbox"/> 3.びらん <input type="checkbox"/> その他			
大腸	<input type="checkbox"/> 1.浮腫 <input type="checkbox"/> 2.発赤 <input type="checkbox"/> 3.びらん <input type="checkbox"/> その他			
食道所見	白斑	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	縦走溝	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
	気管様狭窄	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
CT または MRI 検査				
検査年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日			
食道壁の肥厚	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	胃腸壁の肥厚	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	
腹水	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし			
その他				

X線検査		
腹部単純撮影	検査年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	<input type="checkbox"/> 1. 所見あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	内容	
上部消化管造影	検査年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	<input type="checkbox"/> 1. 所見あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	内容	
下部消化管造影	検査年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	<input type="checkbox"/> 1. 所見あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	内容	

治療その他

内科的治療	
食餌療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	具体的に
	治療効果 <input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. 乳 <input type="checkbox"/> 2. 大豆 <input type="checkbox"/> 3. 米 <input type="checkbox"/> 4. 小麦 <input type="checkbox"/> 5. 卵 <input type="checkbox"/> 6. 魚 <input type="checkbox"/> 7. 肉 <input type="checkbox"/> 8. その他
プロトンポンプ阻害薬	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	名称
	用量 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
	治療効果 <input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明

副腎皮質ステロイド	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	プレドニゾロン換算量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg
		<input type="checkbox"/> mg/日 <input type="checkbox"/> mg/週
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
抗アレルギー薬	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	名称	
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
吸入用ステロイド	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	名称	
	用量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> µg/日
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
その他の治療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	内容	
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

使用の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり		
開始時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月		
離脱の見込み	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
種類	<input type="checkbox"/> 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器		
施行状況	<input type="checkbox"/> 1. 間欠的施行 <input type="checkbox"/> 2. 夜間に継続的に施行 <input type="checkbox"/> 3. 一日中施行 <input type="checkbox"/> 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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
医療機関所在地												
電話番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	*ハイフンを除き、左詰めで記入
医師の氏名												
記載年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日
診断年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	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です。)
- ・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か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。
- ・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。
- ・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。

■ 行政記載欄

担当自治体				
受理日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	
公費負担者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
認定結果	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 不認定			
研究同意の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
有効期限	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	
階層区分	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 上位所得 <input type="checkbox"/> その他			
軽症者登録	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
保険情報	保険者番号	<input type="text"/>	被保険者記号	<input type="text"/>
	被保険者番号	<input type="text"/>	被保険者 個人単位枝番	<input type="text"/>
	資格取得 年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日