

273 肋骨異常を伴う先天性側弯症

■ 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"/> <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>

画像診断にて先天性脊椎奇形と肋骨異常 ^(注) を合併し、 A. 症状 1.～3.の年齢において、いずれかの項目にあてはまる (注)：肋骨異常とは、胸郭不全に関与すると判断される肋骨の形態、あるいは数的、 または量的な異常として定義する。	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
--	--

A. 症状

1. 0～2 歳未満

立位（座位）X線写真で側弯が 85 度以上ある （経過観察なしで診断可能）	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
側弯が 45～85 度 の場合：年間 10 度以上の進行が認められた（原則として比較は立位か座位で測定）	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
側弯が 45 度以下の場合	
①非侵襲的陽圧換気 （Noninvasive Positive Pressure Ventilation：NPPV） が必要で、以下のうち少なくとも二項目の特徴を有する 胸郭形態異常がある	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 胸郭形態異常で両側 rib-vertebral angle が 90 度以上 <input type="checkbox"/> 第 5 胸椎での横径が第 12 胸椎での胸郭横径の 50%以下の胸郭形態異常 <input type="checkbox"/> 胸郭変形の中でジューヌ症候群と呼ばれるもの、または SAL が 70%以下の胸郭形態異常	
②年間 20 度以上の悪化が認められた	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明

2. 2 歳以上 6 歳未満

少なくとも立位（または座位）X線写真で側弯が 85 度以上ある場合：年間 10 度以上の側弯悪化が認められる	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
側弯が 45～85 度の場合①：立位（または座位）X線写真で年間 10 度以上の進行が認められ、かつ SAL が 70%以下	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
側弯が 45～85 度の場合②：上記以下の側弯でも NPPV が必要	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明

3. 6 歳以上（10 歳以下）

少なくとも立位（座位）X線写真で側弯が 85 度以上ある： 年間 10 度以上の側弯悪化が認められる	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
立位（座位）X線写真で側弯が 45～85 度： 少なくとも 6 か月以上の保存的治療（ギプスや装具治療） でも 5 度以上の悪化が認められる	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明

B. 検査所見

X線画像の撮影時期と撮影時の年齢 (X線画像正側提出)		年齢	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	歳	<input type="text"/>	<input type="text"/>	か月				
<input type="checkbox"/> CT または <input type="checkbox"/> MRI 撮像	撮影日	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
	CT または MRI 所見												
先天性側弯症のタイプ													
<input type="checkbox"/> 1. 形成障害	<input type="checkbox"/> 半椎 <input type="checkbox"/> 蝶形椎 <input type="checkbox"/> 楔状椎 <input type="checkbox"/> その他 *その他を選択の場合、以下に記入												
	部位	<input type="text"/>											
<input type="checkbox"/> 2. 分節障害	<input type="checkbox"/> 前方 <input type="checkbox"/> 側方 <input type="checkbox"/> 後方 <input type="checkbox"/> その他 *その他を選択の場合、以下に記入												
	部位	<input type="text"/>											
<input type="checkbox"/> 3. 混合障害	タイプ	<input type="text"/>											
	部位	<input type="text"/>											
<input type="checkbox"/> 4. 脊椎披列 (脊髄髄膜瘤を含む)	<input type="checkbox"/> 後弯 <input type="checkbox"/> 側弯 <input type="checkbox"/> 後側弯												
<input type="checkbox"/> 5. その他	<input type="text"/>												
肋骨の異常													
<input type="checkbox"/> 1. 肋骨癒合	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側												
	部位	<input type="text"/>											
<input type="checkbox"/> 2. 肋骨欠損	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側												
	部位	<input type="text"/>											

<input type="checkbox"/> 3. 混合型	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 両側
	部位		

■ 重症度分類に関する事項

modified Rankin Scale (mRS)

<input type="checkbox"/> 0. まったく症候がない <input type="checkbox"/> 1. 症候はあっても明らかな障害はない（日常の勤めや活動は行える） <input type="checkbox"/> 2. 軽度の障害 （発症以前の活動がすべて行えるわけではないが、自分の身の回りのことは介助なしに行える） <input type="checkbox"/> 3. 中等度の障害（何らかの介助を必要とするが、歩行は介助なしに行える） <input type="checkbox"/> 4. 中等度から重度の障害（歩行や身体的要求には介助が必要である） <input type="checkbox"/> 5. 重度の障害（寝たきり、失禁状態、常に介護と見守りを必要とする）

食事・栄養

<input type="checkbox"/> 0. 症候なし <input type="checkbox"/> 1. 時にむせる、食事動作がぎこちないなどの症候があるが、社会生活・日常生活に支障ない <input type="checkbox"/> 2. 食物形態の工夫や、食事時の道具の工夫を必要とする <input type="checkbox"/> 3. 食事・栄養摂取に何らかの介助を要する <input type="checkbox"/> 4. 補助的な非経口的栄養摂取（経管栄養、中心静脈栄養など）を必要とする <input type="checkbox"/> 5. 全面的に非経口的栄養摂取に依存している
--

呼吸

<input type="checkbox"/> 0. 症候なし <input type="checkbox"/> 1. 肺活量の低下などの所見はあるが、社会生活・日常生活に支障ない <input type="checkbox"/> 2. 呼吸障害のために軽度の息切れなどの症状がある <input type="checkbox"/> 3. 呼吸症状が睡眠の妨げになる、あるいは着替えなどの日常生活動作で息切れが生じる <input type="checkbox"/> 4. 喀痰の吸引あるいは間欠的な換気補助装置使用が必要 <input type="checkbox"/> 5. 気管切開あるいは継続的な換気補助装置使用が必要

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など *500文字以内

Empty text box for recording symptoms, course, and special notes.

■ その他の事項

ア. 併存症

その他の併存した先天性疾患	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	ある場合	疾患名
		症状・治療歴

イ. 検査所見 *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

安静時呼吸数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回/分	心拍数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回/分
VC	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL	%VC	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %
%FEV ₁	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %		

ウ. 治療その他

治療	<input type="checkbox"/> 1. 経過観察 <input type="checkbox"/> 2. 側弯矯正ギプス <input type="checkbox"/> 3. 矯正装具 <input type="checkbox"/> 4. ギプス+矯正装具 <input type="checkbox"/> 5. 手術 *5の場合、以下より選択
	<input type="checkbox"/> short fusionのみ <input type="checkbox"/> VEPTR <input type="checkbox"/> Growing rod
	<input type="checkbox"/> Shilla <input type="checkbox"/> その他 (1~5治療の組み合わせも含む)

■ 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"/>
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