

226 間質性膀胱炎(ハンナ型)

■ 基本情報

氏名			
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
出生市区町村			
出生時氏名 (変更のある場合)	姓(漢字)	名(漢字)	
	姓(かな)	名(かな)	
家族歴			
近親者の発症者の有無	1.あり 2.なし 3.不明 発症者続柄 1.父 2.母 3.子 4.同胞(男性) 5.同胞(女性) 6.祖父(父方) 7.祖母(父方) 8.祖父(母方) 9.祖母(母方) 10.いとこ 11.その他()		
両親の近親結婚	1.あり 2.なし 3.不明 詳細:		
発病時の状況			
発症年月	西暦	年 月	
社会保障			
介護認定	1.要介護 2.要支援 3.なし	要介護度	1 2 3 4 5
生活状況			
移動の程度	1.歩き回るのに問題はない 2.いづらか問題がある 3.寝たきりである		
身の回りの管理	1.洗面や着替えに問題はない 2.いづらか問題がある 3.自分でできない		
ふだんの活動	1.問題はない 2.いづらか問題がある 3.行うことができない		
痛み/不快感	1.ない 2.中程度ある 3.ひどい		
不安/ふさぎ込み	1.問題はない 2.中程度 3.ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる		

■ 診断基準に関する事項

症状の概要、経過、特記すべき事項など

--

A. 症状 (該当する項目に☑を記入する)

以下の1~5の症状がある	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
<input type="checkbox"/> 1. 頻尿 <input type="checkbox"/> 2. 尿意亢進 <input type="checkbox"/> 3. 尿意切迫感 <input type="checkbox"/> 4. 膀胱不快感 <input type="checkbox"/> 5. 膀胱痛	

B. 検査所見

膀胱内にハンナ病変を認める	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
---------------	--------------------

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。	1. 全て除外可 2. 除外不可 3. 不明
<input type="checkbox"/> 過活動膀胱 <input type="checkbox"/> 膀胱癌 <input type="checkbox"/> 細菌性膀胱炎 <input type="checkbox"/> 放射線性膀胱炎 <input type="checkbox"/> 結核性膀胱炎 <input type="checkbox"/> 薬剤性膀胱炎 <input type="checkbox"/> 膀胱結石 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> 前立腺癌 <input type="checkbox"/> 前立腺炎 <input type="checkbox"/> 尿道狭窄 <input type="checkbox"/> 尿道憩室 <input type="checkbox"/> 尿道炎 <input type="checkbox"/> 下部尿管結石 <input type="checkbox"/> 子宮内膜症 <input type="checkbox"/> 膣炎 <input type="checkbox"/> 神経性頻尿 <input type="checkbox"/> 多尿 <input type="checkbox"/> その他()	

<診断のカテゴリー> (該当する項目に☑を記入する)

<input type="checkbox"/> Definite : A. 症状、B. 検査所見、C. 鑑別診断の全てを満たすもの
--

■ 臨床所見（該当する項目に☑を記入する）

併存疾患	1.あり 2.なし 3.不明
<input type="checkbox"/> 過敏性腸症候群 <input type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎 <input type="checkbox"/> 線維筋痛症 <input type="checkbox"/> 脊柱管狭窄症 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

■ 治療その他（該当する項目に☑を記入する）

治療歴	1.あり 2.なし 3.不明
<input type="checkbox"/> 膀胱水圧拡張術（回数 ） <input type="checkbox"/> 膀胱焼灼術（回数 ） <input type="checkbox"/> 膀胱腔内注入治療（薬剤名 ） <input type="checkbox"/> 膀胱壁内注入治療（薬剤名 ） <input type="checkbox"/> 麻薬による鎮痛治療（薬剤名 ）	

■ 重症度分類に関する事項（該当する項目に☑を記入する）

日本間質性膀胱炎研究会作成の重症度基準

<input type="checkbox"/> 重症	（膀胱痛の程度が7点から10点 かつ排尿記録による最大一回排尿量が100ml以下）
<input type="checkbox"/> 中等症	（重症と軽症以外）
<input type="checkbox"/> 軽症	（膀胱痛の程度が0点から3点 かつ排尿記録による最大一回排尿量が200ml以上）

*膀胱痛の程度（0-10点）の質問

膀胱の痛みについて、平均した強さに最もよくあてはまる項目を選択すること										
<input type="checkbox"/> 0（全くない）	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10（想像できる最大の強さ）

*最大一回排尿量（ _____ ml）

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

使用の有無	1.あり			
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
医療機関所在地	電話番号（ ）
医師の氏名	印 記載年月日：平成 年 月 日 ※自筆または押印のこと

- ・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ヵ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27年5月13日健発0513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。