

306 好酸球性副鼻腔炎

■ 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.いくらか問題がある 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.いくらか問題がある 3.自分でできない				
ふだんの活動	1.問題はない 2.いくらか問題がある 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. 診断基準: JESREC スコア (合計: 点)

①病側:両側	1.該当(3点)	2.非該当(0点)	3.不明(0点)
②鼻茸あり	1.該当(2点)	2.非該当(0点)	3.不明(0点)
③CTにて筛骨洞優位の陰影あり	1.該当(2点)	2.非該当(0点)	3.不明(0点)
④末梢血好酸球(%)	1.2より大かつ5以下(4点)	2.5より大かつ10以下(8点)	3.10より大(10点)

B. 検査所見

鼻茸生検					
検査実施	1.実施	2.未実施	実施日:西暦	年	月 日
生検結果 (3 視野測定の平均値)	視野1 _____ 個		視野2 _____ 個	視野3 _____ 個	
	平均値 _____ 個				

<診断のカテゴリー>

JESREC スコア合計: 11点以上を示し、鼻茸組織中好酸球数(400倍視野)が70個以上存在した場合	1.該当	2.非該当	3.不明
--	------	-------	------

■ 重症度分類に関する事項

1) CT所見、末梢血好酸球率及び合併症の有無による指標での分類（該当する項目に□を記入する）

<input type="checkbox"/> 軽症 (A項目陽性1項目以下+B項目合併なし)
<input type="checkbox"/> 中等症 (A項目ともに陽性+B項目合併なし、あるいは、A項目陽性1項目以下+B項目いずれかの合併あり)
<input type="checkbox"/> 重症 (A項目ともに陽性+B項目いずれかの合併あり)

(指標の分類基準)

A項目	
① 末梢血好酸球が5%以上	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
② CTにて篩骨洞優位の陰影が存在する	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
B項目	
① 気管支喘息	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
② アスピリン不耐症	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
③ NSAIDアレルギー	1. 該当 2. 非該当 3. 不明

2) 好酸球性中耳炎を合併している場合（該当であれば重症とする）

大項目の1項目と小項目の2項目以上を満たし、鑑別疾病が除外できる	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
(好酸球性中耳炎診断項目)	
大項目	
中耳貯留液中に好酸球が存在する滲出性中耳炎または慢性中耳炎	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
小項目	
(1) にかわ状の中耳貯留液	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
(2) 抗菌薬や鼓膜切開など、ステロイド投与以外の治療に抵抗性	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
(3) 気管支喘息の合併	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
(4) 鼻茸の合併	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
鑑別診断	
以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。除外できた疾患には□を記入する。	1. 全て除外可 2. 除外不可 3. 不明
<input type="checkbox"/> 好酸球性肉芽腫性多発血管炎 <input type="checkbox"/> 好酸球增多症候群	

■ 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 整容 入浴 階段昇降 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 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助/不可能 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助/不可能 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 不能 <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 トイレ動作 歩行 着替え 排尿コントロール	<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 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <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 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <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、当該疾病的経過を示す臨床症状等であって、確認可能なものに限ります。)

・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ヶ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。