

## 128 ビッカースタッフ脳幹脳炎

## ■ 基本情報

<b>氏名</b>					
姓(漢字)		名(漢字)			
姓(かな)		名(かな)			
<b>住所</b>					
郵便番号	住所				
<b>生年月日等</b>					
生年月日		西暦	年	月	日
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)		
<b>家族歴</b>					
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:			
<b>発病時の状況</b>					
発症年月	西暦	年	月		
<b>社会保障</b>					
介護認定	1.要介護 2.要支援 3.なし			要介護度	1 2 3 4 5
<b>生活状況</b>					
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(該当する項目に□を記入する)

(1) 以下の三徴候の全てが急性進行性にみられ、発症後4週以内にピークとなり、3カ月以内に軽快傾向を示す。 (三徴候) <input type="checkbox"/> 両側外眼筋麻痺 <input type="checkbox"/> 運動失調 <input type="checkbox"/> 意識水準の低下	1.該当 2.非該当 3.不明
(2) 血中IgG型GQ1b抗体陽性である	1.該当 2.非該当 3.不明
(3) (1)の臨床的特徴のうち、一部が一致しない(複数の項目でも可。該当する項目に□を記入する。) <input type="checkbox"/> 筋力低下・意識水準低下などのため運動失調の評価が困難である <input type="checkbox"/> 軽快傾向を確認できない <input type="checkbox"/> 外眼筋麻痺に高度の左右差がある場合(片側性など) <input type="checkbox"/> 意識水準の低下はないが、長径路徴候を示唆する所見 ( <input type="checkbox"/> 片側性感覺障害 <input type="checkbox"/> 錐体路徴候 <input type="checkbox"/> 痙攣性麻痺)がある場合	1.該当 2.非該当 3.不明
(4) 以下の疾病が各種検査から全て除外できる。なお、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"/> Wernicke脳症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 多発性硬化症 <input type="checkbox"/> 視神経脊髄炎 <input type="checkbox"/> 急性散在性脳脊髄炎 <input type="checkbox"/> 神経Behcet病 <input type="checkbox"/> 神経Sweet病 <input type="checkbox"/> 下垂体卒中 <input type="checkbox"/> ウイルス性脳幹脳炎 <input type="checkbox"/> 重症筋無力症 <input type="checkbox"/> 脳幹部腫瘍性病変 <input type="checkbox"/> 血管炎 <input type="checkbox"/> ポツリヌス中毒 <input type="checkbox"/> 橋本脳症	

<診断のカテゴリー> (該当する項目に□を記入する)

Definite : (1) (2) (4) をいずれも満たす場合

Probable : (1) (4) の双方を満たす場合、あるいは (2) (3) (4) のいずれも満たす場合

■ 臨床所見 (該当する項目に□を記入する)

先行感染を認める	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
□呼吸器感染 □消化器感染 □その他 ( )	感染病原体(判明している場合) ( )

■ 治療その他

免疫グロブリン大量静注療法(IVIg)	1. 実施 2. 未実施 3. 不明 (実施の場合 1.有効 2.無効 3.不明)
血漿浄化療法	1. 実施 2. 未実施 3. 不明 (実施の場合 1.有効 2.無効 3.不明)
その他 治療内容 ( )	1. 実施 2. 未実施 3. 不明

■ 重症度分類に関する事項 (該当する番号に○をつける)

modified Rankin Scale

- |  |   |
|--|---|
| 0.まったく症候がない  | 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)            |
| 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) |   |
| 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)                | 4.中等度から重度の障害(歩行や身体的 requirement には介助が必要である) |
| 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

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| 0.症候なし                              | 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 |
| 2.食物形態の工夫や、食事時の道具の工夫を必要とする          | 3.食事・栄養摂取に何らかの介助を要する                       |
| 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 | 5.全面的に非経口的栄養摂取に依存している                      |

呼吸

- |  |                                  |                          |
|--|----------------------------------|--------------------------|
| 0.症候なし                                   | 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 | 2.呼吸障害のために軽度の息切れなどの症状がある |
| 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 |                                  |                          |
| 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               | 5.気管切開あるいは継続的な換気補助装置使用が必要        |                          |

■ 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	□自立 □部分介助 □全介助 □自立 □部分介助/不可能 □自立 □部分介助/不可能 □自立 □部分介助 □不能 □自立 □部分介助 □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	□自立 □軽度介助 □部分介助 □全介助 □自立 □部分介助 □全介助 □自立 □軽度介助 □部分介助 □全介助 □自立 □部分介助 □全介助 □自立 □部分介助 □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。