

151 ラスマッセン脳炎

■ 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.歩くのに問題はない 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.自立して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

--

1) Part A の場合

A. 症状

1. 焦点性発作 (Epilepsia partialis continua の有無は問わない)	1.あり 2.なし 3.不明
2. 一側半球機能障害	1.あり 2.なし 3.不明

B. 脳波

1. 一側半球の徐波化 (発作間欠期発射の有無は問わない)	1.該当 2.非該当 3.不明
2. 一側半球のみから起始する発作	1.該当 2.非該当 3.不明

C. MRI

1. 一側半球局所性皮質萎縮	1.該当 2.非該当 3.不明
2. 皮質または白質: T2/FLAIR 高信号	1.該当 2.非該当 3.不明
3. 同側尾状核頭: 高信号または萎縮	1.該当 2.非該当 3.不明

2) Part Bの場合

A. 症状

1. Epilepsia partialis continua (EPC)	1.あり 2.なし 3.不明
2. 進行性一側半球機能障害	1.あり 2.なし 3.不明

B. MRI

1. 進行性一側半球局所性皮質萎縮	1.該当 2.非該当 3.不明
-------------------	-----------------

C. 組織

1. 活性化ミクログリア（結節を形成することが多い）と反応性アストロサイトグリオシスを示すT細胞優位の脳の炎症	1.該当 2.非該当 3.不明
2. 多数のマクロファージ、形質細胞、またはB細胞が脳実質内に浸潤していない	1.該当 2.非該当 3.不明
3. ウイルス封入体がない	1.該当 2.非該当 3.不明

3) 共通項目

D. 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
一側性てんかん症候群の場合： 代謝性疾患の場合： 炎症性疾患の場合：	<input type="checkbox"/> 皮質異形成 <input type="checkbox"/> 片側巨脳症 <input type="checkbox"/> 片側性てんかん片麻痺てんかん症候群 <input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> ミトコンドリア脳筋症 <input type="checkbox"/> 血管炎 <input type="checkbox"/> 傍腫瘍性脳炎

<診断のカテゴリー>（該当する項目に☑を記入する）

<input type="checkbox"/> Part Aの場合：症状(A-1、2)、脳波(B-1、2)、MRI(C-1と、C-2あるいはC-3)の3項目全てを満たし、D. 鑑別すべき疾病を除外したもの
<input type="checkbox"/> Part Bの場合：症状(A-1あるいはA-2)、MRI(B-1)、組織(C-1~3のすべて)の3項目のうち2つ以上を満たし、D. 鑑別すべき疾病を除外したもの。組織所見がない場合は造影MRIとCTで一側性血管炎を除外する。

■ 臨床所見（該当する項目に☑を記入する）

先行症状 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 予防接種 <input type="checkbox"/> その他	1.あり 2.なし 3.不明
髄液所見 <input type="checkbox"/> 細胞数() <input type="checkbox"/> 蛋白濃度() <input type="checkbox"/> IgG濃度() <input type="checkbox"/> GranzymeB濃度() <input type="checkbox"/> 自己抗体() <input type="checkbox"/> サイトカイン()	1.あり 2.なし 3.不明
社会生活状況 <input type="checkbox"/> 就労(一般) <input type="checkbox"/> 就労(障害) <input type="checkbox"/> 就労訓練 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 入院	

■ 治療その他（該当する項目に☑を記入する）

治療歴	1.実施 2.未実施 3.不明
<input type="checkbox"/> ステロイドパルス治療(☑有効 ☑無効 ☑不明) <input type="checkbox"/> 免疫グロブリン治療(☑有効 ☑無効 ☑不明) <input type="checkbox"/> タクロリムス治療(☑有効 ☑無効 ☑不明) <input type="checkbox"/> てんかん外科治療(☑有効 ☑無 ☑不明) <input type="checkbox"/> 重積時持続鎮静(麻酔)治療(☑あり ☑なし)	

■ 重症度分類に関する事項（該当する項目に☑を記入する）

精神保健福祉手帳診断基準における「G40 てんかん」の障害等級判定区分

イ. 意識障害はないが、随意運動が失われる発作	☐年に2回未満	☐年に2回以上かつ月に1回未満	☐月に1回以上あり
ロ. 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作			
ハ. 意識障害の有無を問わず、転倒する発作	☐年に2回未満	☐年に2回以上かつ月に1回未満	☐月に1回以上あり
ニ. 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作			

精神症状・能力障害二軸評価（2）能力障害評価

<input type="checkbox"/>	1. 精神障害や知的障害を認めないか、または、精神障害、知的障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通に出来る
<input type="checkbox"/>	2. 精神障害、知的障害を認め、日常生活または社会生活に一定の制限を受ける
<input type="checkbox"/>	3. 精神障害、知的障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、時に応じて支援を必要とする
<input type="checkbox"/>	4. 精神障害、知的障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、常時支援を要する
<input type="checkbox"/>	5. 精神障害、知的障害を認め、身の回りのことはほとんど出来ない

■ 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、経鼻等挿管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。