116　アトピー性脊髄炎

□ 新規　□ 更新

**■　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．主要所見（該当する項目に☑を記入する）**

|  |
| --- |
| 診断日　西暦　　　　年　　　月　　　日　　　　 |
| 絶対基準：以下の(1)- (3)の全てを満たす | 1.該当　2.非該当 3.不明 |
| □(1) 原因不明の脊髄炎（Ｂの鑑別疾患が除外されていること）□(2) 抗原特異的IgE陽性　□(3) Barkhof のMSの脳MRI基準を満たさない |
| 病理基準：脊髄生検組織で、血管周囲リンパ球浸潤や好酸球の浸潤をみとめ、肉芽腫を伴うことがある | 1.該当　2.非該当 3.不明 |
| 相対基準 |
| (1) 現在または過去のアトピー性疾患歴 (2) 高IgE血症(>240 U/ml) (3) 髄液中IL9 (>14.0 pg/ml) もしくは CCL11 (>2.2 pg/ml)を認める (4) 髄液オリゴクローナルバンドなし | 1.あり　2.なし 3.不明1.あり　2.なし 3.不明1.該当　2.非該当 3.不明1.該当　2.非該当 3.不明 |

**Ｂ．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 |
| □寄生虫性脊髄炎　□多発性硬化症　□膠原病・血管炎　□HTLV-1関連脊髄症 □サルコイドーシス □視神経脊髄炎 □神経梅毒 □頸椎症性脊髄症 □脊髄腫瘍 □脊髄血管奇形・動静脈瘻 |

**＜診断のカテゴリー＞（絶対基準、病理基準、相対基準の項目より、該当する項目に☑を記入する）**

|  |
| --- |
| □　Definite Ａ: 絶対基準（１～３の全て）＋病理基準□　Definite　Ｂ：絶対基準（１～３の全て）＋相対基準(１～３のうち２個以上)＋相対基準（４） |
| □　Probable　Ａ：絶対基準（１～３の全て）＋相対基準（１～３）のうち1個＋相対基準（４）□　Probable　Ｂ：絶対基準（１～３の全て）＋相対基準（１～３）のうち２個以上 |

**■　臨床所見**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| アレルゲン特異的IgEの有無 | 1.あり　2.なし　3.不明 | 認識するアレルゲン |  |
| 過去あるいは現在罹患しているアトピー性疾患 | 1.アトピー性皮膚炎　　2.喘息　　3.アレルギー性鼻炎（花粉症）　4.食物アレルギー　　5.アレルギー性結膜炎　　6.その他 |
| 臨床経過　　 | 1.単相性　2.再発寛解型　3.動揺性　4.慢性進行性 |
| アトピー性疾患の増悪と神経症状の増悪との関連 | 1.あり　2.なし 3.不明 |

**■　検査所見**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 脊髄MRI異常信号病巣 | 1.正常　2.異常信号有り　3.未施行 | 部位 |  |
| 脳MRI | 1.正常　2.Barkof基準満たす病巣有　3. Barkof基準満たさない病巣有　4.未施行 |
| 末梢神経伝導検査 | 1.正常　2.異常（脱髄型）　3.異常（軸索障害型）　4.未施行 |
| 針筋電図 | 1.正常　2.異常（神経原性）　3.異常（筋原性）4.未施行 |
| 誘発電位検査 |
|  | 運動誘発電位 | 1.正常　2.異常（中枢性）・3.異常（末梢性）　4.異常（両者）　5.未施行 |
| 体性感覚誘発電位　 | 1.正常　2.異常（中枢性）・3.異常（末梢性）　4.異常（両者）　5.未施行 |
| 視覚誘発電位 | 1.正常　2.異常　3.未施行 |
| 障害度　　・EDSS（　　　　　）EDSS= Expanded Disability Status Scale of Kurtzke　　・感覚障害FS（　　　　）FS= Functional System　　・錐体路障害FS（　　　　） |

**■　治療その他**

|  |  |
| --- | --- |
| 経口腎皮質ステロイド | 1.有効　2.無効 3.未施行 |
| 副腎皮質ステロイドパルス | 1.有効　2.無効 3.未施行 |
| 免疫抑制薬（薬品名：　　　　　　　　　　　　　　　　） | 1.有効　2.無効 3.未施行 |
| 血漿交換 | 1.有効　2.無効 3.未施行 |
| 免疫グロブリン静注 | 1.有効　2.無効 3.未施行 |

**■　重症度分類に関する事項**

|  |
| --- |
| 総合障害度(EDSS)スケール（　　　　） |

**■　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。