170　オクシピタル・ホーン症候群

□ 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．症状**

|  |
| --- |
| 主症状 |
| 1. 筋力低下 | 1.あり　2.なし　3.不明 |
| 2. 歩行障害 | 1.あり　2.なし　3.不明 |
| 随伴症状 |
| 3. 繰り返す尿路感染症 | 1.あり　2.なし　3.不明 |
| 4. 骨粗鬆症による骨折 | 1.あり　2.なし　3.不明 |
| 5. 関節変形 | 1.あり　2.なし　3.不明 |

**Ｂ．検査所見**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 血液・生化学的検査所見－血清銅低値、血清セルロプラスミン低値（施設基準で低値） | 1.該当　2.非該当　3.不明 |
| 血清銅値：＿＿＿µg/dL　血清セルロプラスミン値＿＿　mg/d　　検査実施年齢　　　歳　　検査実施日：西暦　　　　　年　　　月　　日　 |
| 2. 画像検査所見：以下の3項目のうち2項目以上に該当（該当する項目に☑を記入する）□頭部側面単純レントゲン撮影で、occipital horn所見（後頭骨に角様の突起が見られる）□腹部超音波またはCTで、膀胱憩室　　　　□MRAで、血管蛇行所見 | 1.該当　2.非該当　3.不明 |
| 3. 生理学的所見：骨密度低下 | 1.該当　2.非該当　3.不明 |
| 4. 病理所見：皮膚組織所見（結合織異常） | 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 |
| □エーラスダンロス症候群　　 □ミトコンドリア遺伝子異常症検査実施年齢　　　　　　　歳　　　　　　　　検査実施日　西暦　　　　　年　　　月　　　日　 |

**Ｄ．遺伝学的検査**

|  |  |
| --- | --- |
| 遺伝子検査の実施 | 1.実施　2.未実施 |
| *ATP7A*の変異 | 1.該当　2.非該当　3.不明 |

**＜診断のカテゴリー＞（該当する項目に☑を記入する）**

|  |
| --- |
| □　Definite（Ａの1.2.のうち１項目以上＋Ｂのうち２項目以上を満たしＣの鑑別すべき疾患を除外し、Ｄを満たすもの） |
| □　Probable（Ａの1.2.のうち１項目以上＋Ｂのうち２項目以上を満たしＣの鑑別すべき疾患を除外したもの） |

■　**特殊検査**

|  |  |
| --- | --- |
| 培養皮膚繊維芽細胞の銅濃度の高値　：　銅濃度の値　　　　　　　　ng/mg蛋白 | 1.該当　2.非該当　3.不明 |

**■　重症度分類に関する事項**

**機能障害：Barthel Index（合計　　　点）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 食事整容入浴階段昇降排便コントロール | □自立(10) □部分介助(5) □全介助(0)□自立(5) □部分介助/不可能(0)□自立(5) □部分介助/不可能(0)□自立(10) □部分介助(5) □不能(0)□自立(10) □部分介助(5) □全介助(0) | 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(15) □軽度介助(10) □部分介助(5) □全介助(0)□自立(10) □部分介助(5) □全介助(0)□自立(15) □軽度介助(10) □部分介助(5) □全介助(0)□自立(10) □部分介助(5) □全介助(0)□自立(10) □部分介助(5) □全介助(0) |

**■　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。