163　特発性後天性全身性無汗症

□ 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**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 広範な無汗/減汗(発汗低下) | 1.あり 　2.なし　3.不明 |
| コリン性蕁麻疹の合併 | 1.あり 　2.なし　3.不明 |

**Ａ．症状**

**Ｂ．職業歴**

|  |  |
| --- | --- |
| 職業歴 | 1.あり 　2.なし　3.不明 |
| 発症時の職業　（　　　　　　　　　　　　　　） |

**Ｃ．診断基準**

|  |  |
| --- | --- |
| １．明らかな原因なく後天性に非髄節性の広範な無汗/発汗低下を呈するが、発汗以外の自律神経症候および神経学的症候を認めない | 1.該当　2.非該当 3.不明 |
| ２. 無汗/発汗低下領域（ヨードデンプン反応を用いたミノール法などによる温熱発汗試験で黒色に変色しない領域もしくはサーモグラフィーによる高体温領域）が全身の２５％以上の範囲にみられる | 1.該当　2.非該当 3.不明 |

**＜診断のカテゴリー＞**

|  |  |
| --- | --- |
| Ｃ.診断基準１＋２をもって特発性後天性全身性無汗症と診断する | 1.該当　2.非該当 3.不明 |

**■　治療その他**

|  |  |
| --- | --- |
| 治療歴 | 1.あり 　2.なし　3.不明 |
| 発症から治療までの期間　　　　　　　年　　　　ヶ月 |

**■　重症度分類に関する事項（以下のスコア表を参考に、該当する項目に☑を記入する）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □　軽症：０－１点 | □中等症：２点 | □重症：３点 |

|  |  |
| --- | --- |
| スコア | 無汗・低汗病変部の面積（注） |
| スコア０ | ２５％未満 |
| スコア１ | ２５％以上－５０％未満 |
| スコア２ | ５０％以上－７５％未満 |
| スコア３ | ７５％以上 |

注）温熱発汗試験施行時に判定する

**■　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。