153　難治頻回部分発作重積型急性脳炎

□ 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．症状**

|  |  |
| --- | --- |
| 1) 発症時（全身けいれん発作増悪時）の発熱 | 1.あり　2.なし 3.不明 |
| 2) 顔面を中心とする焦点発作（眼球偏位・顔面間代・無呼吸など） | 1.あり　2.なし 3.不明 |
| 3) 群発型全身けいれん重積（15分に1回以上） | 1.あり　2.なし 3.不明 |
| 4) 全身けいれん発作の著しい難治性（バルビタール酸またはベンゾジアゼピン系薬剤の大量投与が必要） | 1.あり　2.なし 3.不明 |
| 5) 慢性期にてんかん発作が残存（発症後６ヶ月以降も継続するくりかえす発作） | 1.あり　2.なし 3.不明 |

**Ｂ．検査所見**

|  |  |
| --- | --- |
| 1) 髄液細胞数上昇 | 1.該当　2.非該当 3.不明 |
| 2) 髄液中炎症マーカーの高値（ネオプテリン・インターロイキン6など） | 1.該当　2.非該当 3.不明 |
| 3) 発作間欠時脳波で周期性の放電 | 1.該当　2.非該当 3.不明 |
| 4) 長時間脳波記録で周期的な発作時脳波の出現 | 1.該当　2.非該当 3.不明 |
| 5) 脳MRIで海馬・島周囲皮質・視床・前障・大脳基底核などに信号異常 | 1.該当　2.非該当 3.不明 |
| 6) 慢性期の大脳皮質萎縮 | 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 |
| □ウイルス性脳炎　□その他のウイルス関連急性脳症（けいれん重積型脳症など）　□自己免疫性脳炎（急性辺縁系脳炎、抗NMDA受容体脳炎）□代謝性疾患　　　□脳血管炎　　　□その他のてんかん（ドラベ症候群、PCDH19関連てんかんなど） |

**＜診断のカテゴリー＞（該当する項目に☑を記入する）**

|  |
| --- |
| □　Definite　（Ａのうち５項目全て＋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） |
| □　Probable　（Ａのうち４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） |
| □　Possible　（Ａのうち４項目以上＋Ｂのうち１項目以上を満たすもの） |

**■　臨床所見（該当する項目に☑を記入する）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 髄液所見 | 細胞数 |  /μL | 蛋白濃度 |  mg/dL |
| 抗グルタミンレセプター抗体 | □陽性　　□陰性 |
| 最終的な障害部位　：　□全脳　　 □基底核　　 □前頭葉　　 □側頭葉（□特に海馬　　□海馬に限らない）　 □後頭葉　　　□頭頂葉　　　□その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 薬剤の効果 | 1.あり　2.なし 3.不明 |
| □ジアゼパム（□有効　□無効　□判定保留）　 　　　 □ミダゾラム（□有効　□無効　□判定保留）　 □ペントバルビタール（□有効　□無効　□判定保留）　 □チオペンタール（□有効　□無効　□判定保留）　 □プロポフォール（□有効　□無効　□判定保留）　　　　 □吸入麻酔薬（□有効　□無効　□判定保留） |

**■　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**

|  |  |
| --- | --- |
| □ | 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 |
| □ | 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 |
| □ | 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 |
| □ | 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 |
| □ | 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。