151　ラスムッセン脳炎

□ 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ーシスを示す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 |
| 一側性のてんかん症候群の場合：　□皮質異形成　 □片側巨脳症 　□片側けいれん片麻痺てんかん症候群　 □腫瘍  代謝性疾患の場合：　□糖尿病　　　 □ミトコンドリア脳筋症  炎症性疾患の場合：　□血管炎　　 　 □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）**

|  |
| --- |
| □　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 |
| □　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 | 1あり　2.なし 3.不明 |
| □感染症 　 □予防接種 　□その他 | |
| 髄液所見 | 1.あり　2.なし 3.不明 |
| □細胞数（　　　　　　） □蛋白濃度（　　　　　　） □IgG濃度（　　　　　　） □GranzymeB濃度（　　　　　　）  □自己抗体（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） 　□サイトカイン（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 社会生活状況 □就労（一般） □就労（障害） □就労訓練 □生活介護 □家事 □無職 □施設入所 □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 |
| □ステロイドパルス治療（□有効 □無効 □不明） □免疫グロブリン治療（□有効 □無効 □不明）  □タクロリムス治療（□有効 □無効 □不明） □てんかん外科治療（□有効 □無 □不明）  □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**

|  |  |
| --- | --- |
| □ | 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、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 | □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。