

096 クロウン病

■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	---	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性) <input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方) <input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ <input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入							
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

社会保障	
介護認定	<input type="checkbox"/> 1. 要介護 <input type="checkbox"/> 2. 要支援 <input type="checkbox"/> 3. なし
要介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
生活状況	
移動の程度	<input type="checkbox"/> 1. 歩き回るのに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 寝たきりである
身の回りの管理	<input type="checkbox"/> 1. 洗面や着替えに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 自分でできない
ふだんの活動	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 行うことができない
痛み／不快感	<input type="checkbox"/> 1. ない <input type="checkbox"/> 2. 中程度ある <input type="checkbox"/> 3. ひどい
不安／ふさぎ込み	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. 中程度 <input type="checkbox"/> 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

診断	<input type="checkbox"/> 1. クロウン病 <input type="checkbox"/> 2. その他の指定難病 *2を選択の場合、以下に記入		
	診断医療機関名		
病型	<input type="checkbox"/> 1. 小腸型 <input type="checkbox"/> 2. 大腸型 <input type="checkbox"/> 3. 小腸大腸型 <input type="checkbox"/> 4. 特殊型		
	上部消化管病変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	肛門病変 <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし

A. 主要所見

理学所見			
身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	体重	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
脈拍	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回/分	体温	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> 度

罹患部位（更新は過去6か月間の最重症時）	
年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
最近の罹患部位	<input type="checkbox"/> 1. 食道 <input type="checkbox"/> 2. 胃 <input type="checkbox"/> 3. 十二指腸 <input type="checkbox"/> 4. 空腸 <input type="checkbox"/> 5. 回腸 <input type="checkbox"/> 6. 虫垂 <input type="checkbox"/> 7. 結腸 <input type="checkbox"/> 8. 直腸 <input type="checkbox"/> 9. 肛門 <input type="checkbox"/> 10. その他 <input type="checkbox"/> 11. 不明
	結腸の部位 <input type="checkbox"/> 1. 盲腸 <input type="checkbox"/> 2. 上行 <input type="checkbox"/> 3. 横行 <input type="checkbox"/> 4. 下行 <input type="checkbox"/> 5. S状
主症状（更新は過去6か月間の最重症時）	
年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
軟便・下痢回数	<input type="checkbox"/> 1. 6回/日以上 <input type="checkbox"/> 2. 5回/日 <input type="checkbox"/> 3. 4回/日以下 <input type="checkbox"/> 4. 不明
腹部 自発痛	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし 肛門病変 <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
瘻孔	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし 腹部腫瘤 <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
体重減少	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし 腹部圧痛 <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
38℃以上の発熱	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
合併症	
腸管合併症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	種類 <input type="checkbox"/> 1. 狭窄、閉塞 <input type="checkbox"/> 2. 瘻孔 <input type="checkbox"/> 3. 膿瘍（腹腔内、後腹膜） <input type="checkbox"/> 4. 出血 <input type="checkbox"/> 5. 穿孔 <input type="checkbox"/> 6. 中毒性巨大結腸症 <input type="checkbox"/> 7. 癌・dysplasia <input type="checkbox"/> 8. その他
	癌・dysplasia の部位
	その他の内容
腸管外合併症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	種類 <input type="checkbox"/> 1. 関節症状 <input type="checkbox"/> 2. 皮膚症状 <input type="checkbox"/> 3. 眼症状 <input type="checkbox"/> 4. 原発性硬化性胆管炎 <input type="checkbox"/> 5. 自己免疫性膵炎 <input type="checkbox"/> 6. IgG4 関連疾患 <input type="checkbox"/> 7. 成長障害 <input type="checkbox"/> 8. 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 9. その他

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

血液検査 (更新時は過去6か月間の最重症時の状態を記載)				
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施			
	検査日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		
白血球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / μ L	総蛋白	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dL	
赤血球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> $\times 10^4$ / μ L	アルブミン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dL	
ヘモグロビン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dL	総コレステロール	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	
血小板	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> $\times 10^4$ / μ L	CRP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	
赤沈 (1時間)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm/hr			
X線造影検査 (更新は過去6か月間の最重症時)				
食道・胃・十二指腸病変				
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施			
	検査日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		
	病変	<input type="checkbox"/> 1. 縦走潰瘍 <input type="checkbox"/> 2. 敷石像 <input type="checkbox"/> 3. アфта・小潰瘍 <input type="checkbox"/> 4. 裂溝 <input type="checkbox"/> 5. 瘻孔 <input type="checkbox"/> 6. 非連続性病変 <input type="checkbox"/> 7. 狭窄・狭小化 <input type="checkbox"/> 8. 竹の節状外観 <input type="checkbox"/> 9. ノッチ様陥凹		
小腸病変				
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施			
	検査日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		
	病変	<input type="checkbox"/> 1. 縦走潰瘍 <input type="checkbox"/> 2. 敷石像 <input type="checkbox"/> 3. アфта・小潰瘍 <input type="checkbox"/> 4. 裂溝 <input type="checkbox"/> 5. 瘻孔 <input type="checkbox"/> 6. 非連続性病変 <input type="checkbox"/> 7. 狭窄・狭小化		
大腸病変				
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施			
	検査日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		
	病変	<input type="checkbox"/> 1. 縦走潰瘍 <input type="checkbox"/> 2. 敷石像 <input type="checkbox"/> 3. アфта・小潰瘍 <input type="checkbox"/> 4. 裂溝 <input type="checkbox"/> 5. 瘻孔 <input type="checkbox"/> 6. 非連続性病変 <input type="checkbox"/> 7. 狭窄・狭小化		

内視鏡検査（更新は過去6か月間の最重症時）	
食道・胃・十二指腸病変	
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	検査日 西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	病変 <input type="checkbox"/> 1. 縦走潰瘍 <input type="checkbox"/> 2. 敷石像 <input type="checkbox"/> 3. アфта・小潰瘍 <input type="checkbox"/> 4. 裂溝 <input type="checkbox"/> 5. 瘻孔 <input type="checkbox"/> 6. 非連続性病変 <input type="checkbox"/> 7. 狭窄・狭小化 <input type="checkbox"/> 8. 竹の節状外観 <input type="checkbox"/> 9. ノッチ様陥凹
小腸病変	
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	検査日 西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	病変 <input type="checkbox"/> 1. 縦走潰瘍 <input type="checkbox"/> 2. 敷石像 <input type="checkbox"/> 3. アфта・小潰瘍 <input type="checkbox"/> 4. 裂溝 <input type="checkbox"/> 5. 瘻孔 <input type="checkbox"/> 6. 非連続性病変 <input type="checkbox"/> 7. 狭窄・狭小化
大腸病変	
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	検査日 西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	病変 <input type="checkbox"/> 1. 縦走潰瘍 <input type="checkbox"/> 2. 敷石像 <input type="checkbox"/> 3. アфта・小潰瘍 <input type="checkbox"/> 4. 裂溝 <input type="checkbox"/> 5. 瘻孔 <input type="checkbox"/> 6. 非連続性病変 <input type="checkbox"/> 7. 狭窄・狭小化
病理検査（新規）	
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	検査日 西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
非乾酪性類上皮細胞肉芽腫の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	検出部位
その他の病理	

糞便病原性微生物検出（新規）	
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	検査日 西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
病原微生物検出	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
IGRA（QFT or TSPOT）（新規）	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 判定不能・未実施
	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日

C. 鑑別診断（新規）

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。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可 <input type="checkbox"/> 2. 除外不可 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 1. 虚血性腸病変 <input type="checkbox"/> 2. 潰瘍性大腸炎 <input type="checkbox"/> 3. 腸結核 <input type="checkbox"/> 4. 腸型ベーチェット病	
<input type="checkbox"/> 5. 単純性潰瘍 <input type="checkbox"/> 6. NSAIDs 潰瘍 <input type="checkbox"/> 7. 感染性腸炎	

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> Definite 1：縦走潰瘍または敷石像を有するもの
<input type="checkbox"/> Definite 2：非乾酪性類上皮細胞肉芽腫と消化管の広範囲に認める不整形～類円形潰瘍またはアフタ、または特徴的な肛門病変を有するもの
<input type="checkbox"/> Definite 3：消化管の広範囲に認める不整形～類円形潰瘍またはアフタ、特徴的な肛門病変、特徴的な胃・十二指腸病変すべてを有するもの
<input type="checkbox"/> Probable 1：非乾酪性類上皮細胞肉芽腫と特徴的な胃・十二指腸病変を有するもの
<input type="checkbox"/> Probable 2：縦走潰瘍または敷石像を有するが、潰瘍性大腸炎や腸型ベーチェット病、単純性潰瘍、虚血性腸病変と鑑別ができないもの
<input type="checkbox"/> Probable 3：非乾酪性類上皮細胞肉芽腫のみを有するもの
<input type="checkbox"/> Probable 4：消化管の広範囲に認める不整形～類円形潰瘍またはアフタ、特徴的な肛門病変、特徴的な胃・十二指腸病変のいずれか2つまたは1つのみを有するもの
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない

症状の概要、経過、特記すべき事項など *250文字以内かつ7行以内

--

■ 発症と経過

近親者の発症者の有無	
クローン病家系内発生	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	ありの場合
	<input type="checkbox"/> 1 親等 <input type="checkbox"/> 1. 親 <input type="checkbox"/> 2. 子 <input type="checkbox"/> 2 親等 <input type="checkbox"/> 1. 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 2. 祖父母 <input type="checkbox"/> 3. 孫 <input type="checkbox"/> 3 親等以上 *3 親等以上を選択の場合、以下に記入
潰瘍性大腸炎家系内発生	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	ありの場合
	<input type="checkbox"/> 1 親等 <input type="checkbox"/> 1. 親 <input type="checkbox"/> 2. 子 <input type="checkbox"/> 2 親等 <input type="checkbox"/> 1. 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 2. 祖父母 <input type="checkbox"/> 3. 孫 <input type="checkbox"/> 3 親等以上 *3 親等以上を選択の場合、以下に記入
生活歴・既往歴	
喫煙	<input type="checkbox"/> 1. 現在の喫煙 <input type="checkbox"/> 2. 過去の喫煙 <input type="checkbox"/> 3. なし <input type="checkbox"/> 4. 不明
虫垂切除歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
(更新) 過去1年間の妊娠 (女性のみ)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし

■ 治療その他

内科的治療		
内科的治療の実施有無	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
現在の治療	ステロイド	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	種類	<input type="checkbox"/> 1. 内服 <input type="checkbox"/> 2. 点滴静注
	5-ASA 製剤	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	免疫調節薬	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	種類	<input type="checkbox"/> 1. AZA <input type="checkbox"/> 2. 6-MP
	抗 TNF α 抗体製剤	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	抗菌薬 (シプロフロキサシン)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	抗菌薬 (メトロニダゾール)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
その他の治療	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
薬剤による副作用	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	チオプリン	<input type="checkbox"/> 1. 無顆粒球症 <input type="checkbox"/> 2. その他
	メサラジン	<input type="checkbox"/> 1. アレルギー <input type="checkbox"/> 2. その他
	抗 TNF α 抗体製剤	<input type="checkbox"/> 1. infusion reaction <input type="checkbox"/> 2. 皮膚病変 <input type="checkbox"/> 3. 感染症 <input type="checkbox"/> 4. その他
血球成分除去療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
栄養療法	IVH	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	用量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kcal/日
	経腸	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	用量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kcal/日

外科的治療	
申請までに 行った 治療	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	腸管切除 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回
	肛門部手術回数 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回
手術理由	<input type="checkbox"/> 1. 腸管狭窄、閉塞 <input type="checkbox"/> 2. 腸管瘻孔（内瘻） <input type="checkbox"/> 3. 腸管瘻孔（外瘻） <input type="checkbox"/> 4. 膿瘍（腹腔内、後腹膜） <input type="checkbox"/> 5. 腸管出血 <input type="checkbox"/> 6. 腸管穿孔 <input type="checkbox"/> 7. 癌・dysplasia <input type="checkbox"/> 8. 内科的治療無効（腸管病変） <input type="checkbox"/> 9. 内科的治療無効（肛門病変） <input type="checkbox"/> 10. その他
	癌・dysplasia の場合 部位
	その他の場合
手術日 ・術式	1回目
	手術日 西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	術式 <input type="checkbox"/> 1. 小腸部分切除術 <input type="checkbox"/> 2. 回盲部切除術 <input type="checkbox"/> 3. 結腸右半切除術 <input type="checkbox"/> 4. 大腸部分切除術 <input type="checkbox"/> 5. 直腸切断術 <input type="checkbox"/> 6. 狭窄形成術 <input type="checkbox"/> 7. 吻合部切除術 <input type="checkbox"/> 8. 人工肛門造設術 <input type="checkbox"/> 9. 肛門手術 <input type="checkbox"/> 10. その他 <input type="checkbox"/> 11. 詳細不明
	2回目
	手術日 西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	術式 <input type="checkbox"/> 1. 小腸部分切除術 <input type="checkbox"/> 2. 回盲部切除術 <input type="checkbox"/> 3. 結腸右半切除術 <input type="checkbox"/> 4. 大腸部分切除術 <input type="checkbox"/> 5. 直腸切断術 <input type="checkbox"/> 6. 狭窄形成術 <input type="checkbox"/> 7. 吻合部切除術 <input type="checkbox"/> 8. 人工肛門造設術 <input type="checkbox"/> 9. 肛門手術 <input type="checkbox"/> 10. その他 <input type="checkbox"/> 11. 詳細不明
	3回目
	手術日 西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	術式 <input type="checkbox"/> 1. 小腸部分切除術 <input type="checkbox"/> 2. 回盲部切除術 <input type="checkbox"/> 3. 結腸右半切除術 <input type="checkbox"/> 4. 大腸部分切除術 <input type="checkbox"/> 5. 直腸切断術 <input type="checkbox"/> 6. 狭窄形成術 <input type="checkbox"/> 7. 吻合部切除術 <input type="checkbox"/> 8. 人工肛門造設術 <input type="checkbox"/> 9. 肛門手術 <input type="checkbox"/> 10. その他 <input type="checkbox"/> 11. 詳細不明

内視鏡的 狭窄拡張術	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	実施日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日

■ 重症度分類に関する事項

算定日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
クローン病 IOIBD スコア	<input type="text"/> <input type="text"/> 点 * 下記の項目で該当するものを各1点とした合計点
<input type="checkbox"/> 1. 腹痛 <input type="checkbox"/> 2. 1日6回以上の下痢あるいは粘血便 <input type="checkbox"/> 3. 肛門部病変 <input type="checkbox"/> 4. 瘻孔 <input type="checkbox"/> 5. その他の合併症 (ぶどう膜炎、虹彩炎、口内炎、関節炎、皮膚症状(結節性紅斑、壊疽性膿皮症)、深部静脈血栓症等)	
<input type="checkbox"/> 6. 腹部腫瘍 <input type="checkbox"/> 7. 体重減少 <input type="checkbox"/> 8. 38℃以上の発熱 <input type="checkbox"/> 9. 腹部圧痛 <input type="checkbox"/> 10. ヘモグロビン 10g/dL 以下	

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

使用の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり
開始時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
離脱の見込み	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
種類	<input type="checkbox"/> 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器
施行状況	<input type="checkbox"/> 1. 間欠的施行 <input type="checkbox"/> 2. 夜間に継続的に施行 <input type="checkbox"/> 3. 一日中施行 <input type="checkbox"/> 4. 現在は未施行

生活状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	車椅子とベッド間の移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 軽度介助	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能	
	トイレ動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能	
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 軽度介助	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 不能
	着替え	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排便コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助

医療機関名												
指定医番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
医療機関所在地												
電話番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	*ハイフンを除き、左詰めで記入
医師の氏名												印 ※自筆または押印のこと
記載年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日

- ・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です。)
- ・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か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26年11月12日健発1112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。