

098-1 好酸球性消化管疾患
(新生児－乳児)

■ 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

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
当該疾患による、症状が最も重い時期の所見			
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
1. 不活発	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	2. 腹部膨満	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
3. 嘔吐	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	4. 胆汁性嘔吐	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
5. 哺乳力低下	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	6. 下痢	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
7. 血便	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	体重増加不良	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
食欲不振	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	腹痛	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
その他の症状			

合併症					
腸穿孔	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	腸閉塞	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
ショック	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	成長遅滞	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
外科手術が必要となった	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし				
	内容				
その他	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし				
	内容				

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

血液検査					
検査年月日	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				
ヘモグロビン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dL	白血球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / μ L		
血小板	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> $\times 10^4/\mu$ L	好中球	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %		
好酸球	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %		リンパ球	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %	
単球	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %		好塩基球	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %	
総蛋白	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dL	ナトリウム	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mEq/L		
カリウム	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mEq/L		クロール	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mEq/L	
CRP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL		総 IgE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/mL	
牛乳特異的 IgE	クラス値				
血清補体価 (CH50)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> U/mL				
リンパ球 刺激試験	検査年月日	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			
	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性				
	抗原と Stimulation Index				

血液凝固能			
プロトロンビン時間	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> 秒	APTT	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> 秒
血液ガス			
水素イオン濃度 (pH)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	酸素分圧 (PaO ₂)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Torr
炭酸ガス分圧 (PaCO ₂)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Torr	酸素飽和度 (SaO ₂)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
便検査			
検査年月日	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		
便潜血	<input type="checkbox"/> 1. + <input type="checkbox"/> 2. -	石垣状便粘液好酸球 (便粘液細胞診による)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
便培養	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	寄生虫卵検査	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
病理検査			
検査年月日	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		
食道粘膜上皮内好酸球	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	胃粘膜内好酸球	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /HPF		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /HPF
小腸粘膜内好酸球	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	大腸粘膜内好酸球	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /HPF		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /HPF
腹腔穿刺			
検査年月日	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		
腹水内の好酸球	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %		
内視鏡検査			
検査年月日	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		
食道	<input type="checkbox"/> 1. 浮腫	<input type="checkbox"/> 2. 発赤	<input type="checkbox"/> 3. びらん <input type="checkbox"/> その他
胃	<input type="checkbox"/> 1. 浮腫	<input type="checkbox"/> 2. 発赤	<input type="checkbox"/> 3. びらん <input type="checkbox"/> その他
小腸	<input type="checkbox"/> 1. 浮腫	<input type="checkbox"/> 2. 発赤	<input type="checkbox"/> 3. びらん <input type="checkbox"/> その他
大腸	<input type="checkbox"/> 1. 浮腫	<input type="checkbox"/> 2. 発赤	<input type="checkbox"/> 3. びらん <input type="checkbox"/> その他

CT 検査			
検査年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>
食道壁の肥厚	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	胃腸壁の肥厚
腹水	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 1. あり
<input type="checkbox"/> 2. なし			
X 線検査			
腹部単純撮影	検査日	西暦	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> 1. 所見あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	
	内容		
上部消化管造影	検査日	西暦	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> 1. 所見あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	
	内容		
下部消化管造影	検査日	西暦	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> 1. 所見あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	
	内容		
治療乳への変更	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	
ミルク負荷試験	<input type="checkbox"/> 1. 実施	<input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	結果		

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。	<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. 壊死性腸炎	<input type="checkbox"/> 2. 消化管閉鎖	<input type="checkbox"/> 3. 細菌性腸炎	<input type="checkbox"/> 4. 偽膜性腸炎
<input type="checkbox"/> 5. 溶血性尿毒症症候群	<input type="checkbox"/> 6. 寄生虫疾患	<input type="checkbox"/> 7. 乳糖不耐症	<input type="checkbox"/> 8. 新生児メレナ
<input type="checkbox"/> 9. メッケル憩室症	<input type="checkbox"/> 10. 中腸軸捻転	<input type="checkbox"/> 11. 腸重積	<input type="checkbox"/> 12. 幽門狭窄症
<input type="checkbox"/> 13. ヒルシュスプルング病	<input type="checkbox"/> 14. クロウン病	<input type="checkbox"/> 15. 潰瘍性大腸炎	

<診断のカテゴリー>

新生児期、乳児期早期に哺乳開始後、A主要所見の1～7のいずれかの症状が見られ、鑑別診断ですべて除外可、治療乳への変更で症状消失を確認	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
--	--

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 (新規)

初発症状	
<input type="checkbox"/> 1. 嘔吐 <input type="checkbox"/> 2. 下痢 <input type="checkbox"/> 3. 血便 <input type="checkbox"/> 4. 体重増加不良・体重減少 <input type="checkbox"/> 5. 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 6. 食欲不振 <input type="checkbox"/> 7. 腹痛 <input type="checkbox"/> 8. 成長障害 <input type="checkbox"/> 9. 食物嵌頓	
既往歴	
基礎疾患	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	内容
先天性疾患	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	内容
手術歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	内容
周産期の異常	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	内容
アレルギー歴	<input type="checkbox"/> 1. 幼児喘息 <input type="checkbox"/> 2. アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 3. 即時型食物アレルギー <input type="checkbox"/> 4. なし <input type="checkbox"/> 5. 不明

■ 治療その他

内科的治療	
食餌療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	具体的に
	治療効果 <input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
現時点で 本症の原因と考えられ、 摂取が不可能な食物	<input type="checkbox"/> 1. 牛乳由来ミルク <input type="checkbox"/> 2. 大豆 <input type="checkbox"/> 3. 米 <input type="checkbox"/> 4. 小麦 <input type="checkbox"/> 5. 卵 <input type="checkbox"/> 6. 魚 <input type="checkbox"/> 7. 肉 <input type="checkbox"/> 8. その他
	その他の食物
副腎皮質ステロイド	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	プレドニゾロン換算量
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg <input type="checkbox"/> mg/日 <input type="checkbox"/> mg/週
	治療効果 <input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 1. 行った <input type="checkbox"/> 2. 行っていない
その他の治療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	内容
	治療効果 <input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明

■ 重症度分類に関する事項

<input type="checkbox"/> 1. 重症：次の重度の症状を伴う場合 <input type="checkbox"/> 腸穿孔 <input type="checkbox"/> 腸閉塞 <input type="checkbox"/> 外科手術が必要となった <input type="checkbox"/> 重度のショック <input type="checkbox"/> 成長障害 <input type="checkbox"/> 低蛋白血症
<input type="checkbox"/> 2. 重症：N-FPIES 症状スコア 40 点以上
<input type="checkbox"/> 3. 中等症：N-FPIES 症状スコア 20 点～39 点
<input type="checkbox"/> 4. 軽症：N-FPIES 症状スコア 19 点以下

N-FPIES 症状スコア表

全身状態 (本症による 状態悪化が推定 される場合)	<input type="checkbox"/> 1. 調子よく、行動制限なし(0) <input type="checkbox"/> 2. 月齢相応の行動が、通常より制限される(6) <input type="checkbox"/> 3. 状態不良でしばしば行動制限あり(12) <input type="checkbox"/> 4. 発達の明らかな遅れあり(18)
体重、SD	<input type="checkbox"/> 1. -1SD 以上 <input type="checkbox"/> 2. -1SD 未満(3) <input type="checkbox"/> 3. -2SD 未満(12) <input type="checkbox"/> 4. -3SD 未満(18)
嘔吐	<input type="checkbox"/> 1. 嘔吐なし(0) <input type="checkbox"/> 2. 1~2 回/日の嘔吐(6) <input type="checkbox"/> 3. 3~5 回/日の嘔吐(12) <input type="checkbox"/> 4. 6 回/日以上嘔吐(16)
食欲不振	<input type="checkbox"/> 1. 食欲はある(0) <input type="checkbox"/> 2. 食欲がないことがある(6) <input type="checkbox"/> 3. 食欲はいつもない(12) <input type="checkbox"/> 4. 食欲はほとんどなく、経管栄養などを必要とする(16)
下痢	<input type="checkbox"/> 1. 0~1 回/日の水様便まで(0) <input type="checkbox"/> 2. 2~5 回/日の水様便 月に7日以上(6) <input type="checkbox"/> 3. 6 回以上/日の水様便 1 日以上(12) <input type="checkbox"/> 4. 脱水を起こし、点滴を必要とした(16)
血便	<input type="checkbox"/> 1. 血便なし(0) <input type="checkbox"/> 2. 少量の血が混じる程度 月に4日以上(6) <input type="checkbox"/> 3. 明らかな血便 月に4日以上(12) <input type="checkbox"/> 4. 大量の血便 月に4日以上(16)
合計点数 (カッコ内の数の合計)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 点

■ 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"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 軽度介助 <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"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 軽度介助 <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。