

098-2 好酸球性消化管疾患
(小児-成人)

■ 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. 臨床所見

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
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. 嚥下障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	2. つかえ感	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
3. 腹痛	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	4. 下痢	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
5. 嘔吐	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	食物嵌頓	<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	胸焼け	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
体重増加不良または 体重減少	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	るいそう	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
成長障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	血便	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし

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	成長障害	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし
ステロイド長期使用による副作用		<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし			
		内容			
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				
赤血球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	$\times 10^4/\mu\text{L}$	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"/>	/ μL	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"/>	%
血小板	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	$\times 10^4/\mu\text{L}$	総蛋白	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	g/dL
アルブミン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	g/dL	AST	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	IU/L
ALT	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	IU/L	LDH	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	IU/L
尿素窒素	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/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

食物特異的 IgE (クラス)																		
血清補体価 (CH50)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	U/mL												
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. -		便粘液好酸球	<input type="checkbox"/>	1. あり		<input type="checkbox"/>	2. なし						
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						
胃所見	<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							
食道所見	白斑	<input type="checkbox"/>		1. あり		<input type="checkbox"/>		2. なし		縦走溝	<input type="checkbox"/>		1. あり		<input type="checkbox"/>		2. なし	
	気管様狭窄	<input type="checkbox"/>		1. あり		<input type="checkbox"/>		2. なし										
CT または MRI 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						
食道壁の肥厚	<input type="checkbox"/>	1. あり		<input type="checkbox"/>	2. なし		胃腸壁の肥厚	<input type="checkbox"/>	1. あり		<input type="checkbox"/>	2. なし						

腹水	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
その他		
X線検査		
腹部単純撮影	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. 所見あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	内容	
上部消化管造影	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. 所見あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	内容	
下部消化管造影	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. 所見あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	内容	

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. クロウン病 <input type="checkbox"/> 2. 潰瘍性大腸炎 <input type="checkbox"/> 3. 胃十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 4. 薬剤性消化管障害 <input type="checkbox"/> 5. ヘリコバクター・ピロリ感染症 <input type="checkbox"/> 6. 消化管リンパ腫 <input type="checkbox"/> 7. 大腸がん <input type="checkbox"/> 8. 食道がん <input type="checkbox"/> 9. 胃食道逆流症 <input type="checkbox"/> 10. 寄生虫疾患 <input type="checkbox"/> 11. 感染性腸炎 <input type="checkbox"/> 12. 偽膜性腸炎 <input type="checkbox"/> 13. メッケル憩室 <input type="checkbox"/> 14. 他疾患による食道狭窄 <input type="checkbox"/> 15. アカラジア <input type="checkbox"/> 16. 好酸球増多症候群 <input type="checkbox"/> 17. 中腸軸捻転 <input type="checkbox"/> 18. 消化管閉鎖 <input type="checkbox"/> 19. 腸重積 <input type="checkbox"/> 20. ヒルシュスプルング病 <input type="checkbox"/> 21. 乳糖不耐症 <input type="checkbox"/> 22. ヘノッホ・シェーンライン紫斑病	

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> 好酸球性食道炎：Aの1またはAの2の症状を有し、食道粘膜の生検で上皮内に20/HPF以上の好酸球が存在
<input type="checkbox"/> 好酸球性胃腸炎：Aの3～5のいずれかの症状を有し、以下の2項目のうちのいずれかを満たす
<input type="checkbox"/> 胃、小腸、大腸の生検で粘膜内に20/HPF以上の好酸球浸潤が存在し、鑑別診断で他の炎症性腸疾患を全て除外できる。 <input type="checkbox"/> 腹水が存在し腹水中に多数の好酸球が存在している。
<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（新規）

初発症状	
<input type="checkbox"/> 1.嘔吐 <input type="checkbox"/> 2.嚥下障害 <input type="checkbox"/> 3.つかえ感 <input type="checkbox"/> 4.食物嵌頓 <input type="checkbox"/> 5.胸焼け <input type="checkbox"/> 6.食欲不振 <input type="checkbox"/> 7.腹痛 <input type="checkbox"/> 8.体重増加不良 <input type="checkbox"/> 9.成長障害 <input type="checkbox"/> 10.下痢 <input type="checkbox"/> 11.血便	
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. 気管支喘息 <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. 乳 <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	
プロトンポンプ阻害薬	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	名称	
	用量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
	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
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
抗アレルギー薬	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	名称	
	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

吸入用ステロイド	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	名称	
	用量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> μg/日
	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
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

共通質問	
副作用が懸念される 抗炎症薬治療	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	内容
治療のために食物 除去を行っている	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
重症度（年齢に対応する表の合計点を使用）	
<input type="checkbox"/> 1. 重症（2～19歳のみ）：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"/> ステロイド長期使用による副作用	
<input type="checkbox"/> 2. 重症（40点以上）	
<input type="checkbox"/> 3. 中等症（15～39点）	
<input type="checkbox"/> 4. 軽症（14点以下）	

2～19 歳（症状スコア採点表）

全身状態（EGID 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. 年齢相応の行動が、通常より制限される(3) <input type="checkbox"/> 3. 状態不良でしばしば行動制限あり(6) <input type="checkbox"/> 4. 発達の明らかな遅れあり(10)
体重	<input type="checkbox"/> 1. 体重増加、もしくは安定(0) <input type="checkbox"/> 2. 体重が増えない(3) <input type="checkbox"/> 3. 体重<-2SD(6) <input type="checkbox"/> 4. 体重<-3SD(9)
身長	<input type="checkbox"/> 1. -1SD≤身長(0) <input type="checkbox"/> 2. -2SD≤身長<-1SD(両親の身長から問題なければカウントしない)(3) <input type="checkbox"/> 3. 身長<-2SD (6) <input type="checkbox"/> 4. 身長<-3SD(9)
上部消化管を 代表する症状(1) 嘔吐	<input type="checkbox"/> 1. 嘔気なし(0) <input type="checkbox"/> 2. 嘔気あり(嘔吐なし)月に4日以上(3) <input type="checkbox"/> 3. 1回/日の嘔吐 月に4日以上(5) <input type="checkbox"/> 4. 2～5回/日の嘔吐 月に4日以上(7) <input type="checkbox"/> 5. 6回/日以上嘔吐 月1日以上(9)
上部消化管を 代表する症状(2) 嚥下障害	<input type="checkbox"/> 1. 普通に食物を飲み込める(0) <input type="checkbox"/> 2. 飲み込みにくいことがある 月に4日以上(3) <input type="checkbox"/> 3. いつも飲み込みにくく苦勞する(6) <input type="checkbox"/> 4. 食物圧入、または内視鏡による摘出を経験した(9)
上部消化管を 代表する症状(3) 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 月に4日以上(3) <input type="checkbox"/> 3. 食欲はいつもない(6) <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(9)
腹痛	<input type="checkbox"/> 1. 腹痛なし(0) <input type="checkbox"/> 2. 軽度、短時間で、活動を制限しない(3) <input type="checkbox"/> 3. 中等度、連日で長く続いたり、就眠後に起こる(6) <input type="checkbox"/> 4. 重度、鎮痛剤の使用を必要とする痛みが常にある(9)
下部消化管を 代表する症状(1) 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4日以上(3) <input type="checkbox"/> 3. 6回以上/日の水様便 月に4日以上(6) <input type="checkbox"/> 4. 脱水を起こした、点滴を必要とした(9)
下部消化管を 代表する症状(2) 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 1回/日以上(3) <input type="checkbox"/> 3. 明らかな血便 1回/日以上(6) <input type="checkbox"/> 4. 大量の血便(9)

検査所見	<input type="checkbox"/> 1. アルブミン(Alb)、ヘモグロビン(Hb)とも異常なし(0) <input type="checkbox"/> 2. $3.0 \leq \text{Alb} < 3.5$, and/or $9.0 \leq \text{Hb} < 11.0$ (3) <input type="checkbox"/> 3. $\text{Alb} < 3.0$ and/or $\text{Hb} < 9.0$ (6) <input type="checkbox"/> 4. $\text{Alb} < 2.0$ and/or $\text{Hb} < 7.0$ (9)
末梢血好酸球割合	<input type="checkbox"/> 1. 0 から 5%未満(0) <input type="checkbox"/> 2. 5%以上 10%未満(3) <input type="checkbox"/> 3. 10%以上 20%未満(6) <input type="checkbox"/> 4. 20%以上(9)
合計点数 (カッコ内の数の合計)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 点

20 歳以上 (成人 EGID 重症度評価票)

上部消化管を代表する症状(1) 嘔吐	<input type="checkbox"/> 1. 嘔気なし(0) <input type="checkbox"/> 2. 嘔気あり (嘔吐なし) (3) <input type="checkbox"/> 3. 1 回/日の嘔吐 月に 4 日以上(5) <input type="checkbox"/> 4. 2~5 回/日の嘔吐 月に 4 日以上(7) <input type="checkbox"/> 5. 6 回/日以上嘔吐 月に 1 日以上(9)
上部消化管を代表する症状(2) 嚥下障害	<input type="checkbox"/> 1. 普通に食物を飲み込める(0) <input type="checkbox"/> 2. いつも飲み込みにくく苦勞する(6) <input type="checkbox"/> 3. 食物圧入、または内視鏡による摘出を経験した(9)
上部消化管を代表する症状(3) 食欲不振	<input type="checkbox"/> 1. 食欲はある(0) <input type="checkbox"/> 2. 食欲はいつもない(6) <input type="checkbox"/> 3. 食欲はほとんどなく、経管栄養などを必要とする(9)
腹痛	<input type="checkbox"/> 1. 腹痛なし(0) <input type="checkbox"/> 2. 軽度、短時間で、活動を制限しない(3) <input type="checkbox"/> 3. 中等度、連日で長く続いたり、就眠後に起こる(6) <input type="checkbox"/> 4. 重度、鎮痛剤の使用を必要とする痛みが常にある(9)
下部消化管を代表する症状(1) 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 4 日以上(3) <input type="checkbox"/> 3. 6 回以上/日の水様便 月に 4 日以上(6) <input type="checkbox"/> 4. 脱水を起こした(9)
下部消化管を代表する症状(2) 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 1 回以上(3) <input type="checkbox"/> 3. 明らかな血便 月に 1 回以上(6) <input type="checkbox"/> 4. 連日、大量の血便(9)
検査所見 (最小値をお選びください)	<input type="checkbox"/> 1. アルブミン (Alb) 異常なし(0) <input type="checkbox"/> 2. $3.0 \leq \text{Alb} < 3.5$ (3) <input type="checkbox"/> 3. $2.0 \leq \text{Alb} < 3.0$ (6) <input type="checkbox"/> 4. $\text{Alb} < 2.0$ (9)
末梢血好酸球割合 (最大値をお選びください)	<input type="checkbox"/> 1. 0 から 5%未満(0) <input type="checkbox"/> 2. 5%以上 10%未満(3) <input type="checkbox"/> 3. 10%以上 20%未満(6) <input type="checkbox"/> 4. 20%以上(9)

これまでにEGIDの合併症（穿孔、狭窄など）を解除するために手術を行った	<input type="checkbox"/> 1. いいえ(0)	<input type="checkbox"/> 2. はい(5)
EGIDの治療目的で過去一年間にステロイド、免疫抑制薬などの副作用が懸念される薬剤を使用	<input type="checkbox"/> 1. 使用していない(0)	<input type="checkbox"/> 2. 使用した(5)
合計点数 (カッコ内の数の合計)	□□ 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 □□□□ 年 □□ 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。