

## 053 シェーグレン症候群

## ■ 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

病型	<input type="checkbox"/> 1. 一次性（他の膠原病合併なし） <input type="checkbox"/> 2. 二次性			
	<table border="0"> <tr> <td rowspan="3">合併する膠原病</td> <td><input type="checkbox"/> a. 関節リウマチ                      <input type="checkbox"/> b. 全身性エリテマトーデス</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> c. 多発性筋炎                      <input type="checkbox"/> d. 皮膚筋炎                      <input type="checkbox"/> e. 混合性結合組織病</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> f. 強皮症                      <input type="checkbox"/> g. 血管炎                      <input type="checkbox"/> h. その他の合併症</td> </tr> </table>	合併する膠原病	<input type="checkbox"/> a. 関節リウマチ <input type="checkbox"/> b. 全身性エリテマトーデス	<input type="checkbox"/> c. 多発性筋炎 <input type="checkbox"/> d. 皮膚筋炎 <input type="checkbox"/> e. 混合性結合組織病
合併する膠原病	<input type="checkbox"/> a. 関節リウマチ <input type="checkbox"/> b. 全身性エリテマトーデス			
	<input type="checkbox"/> c. 多発性筋炎 <input type="checkbox"/> d. 皮膚筋炎 <input type="checkbox"/> e. 混合性結合組織病			
	<input type="checkbox"/> f. 強皮症 <input type="checkbox"/> g. 血管炎 <input type="checkbox"/> h. その他の合併症			

A. 症状

合併症	<input type="checkbox"/> 1. あり    *1の場合、以下より選択 <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> a. 橋本病                      <input type="checkbox"/> b. 原発性胆汁性胆管炎</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> c. 悪性リンパ腫                      <input type="checkbox"/> d. その他</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> a. 橋本病 <input type="checkbox"/> b. 原発性胆汁性胆管炎
<input type="checkbox"/> a. 橋本病 <input type="checkbox"/> b. 原発性胆汁性胆管炎		
<input type="checkbox"/> c. 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> d. その他		

**B. 検査所見** \*小数点も1文字として記入する

1. 生検病理組織検査		
a. 口唇腺組織	4mm <sup>2</sup> 当たり 1focus (導管周囲に50個以上のリンパ球浸潤)	<input type="checkbox"/> 1. 以上 <input type="checkbox"/> 2. 未満 <input type="checkbox"/> 3. 未実施
b. 涙腺組織	4mm <sup>2</sup> 当たり 1focus (導管周囲に50個以上のリンパ球浸潤)	<input type="checkbox"/> 1. 以上 <input type="checkbox"/> 2. 未満 <input type="checkbox"/> 3. 未実施
2. 口腔検査		
a. 唾液腺造影	StageI (直径1mm以下の小点状陰影) 以上の異常所見	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未実施
b-1. 唾液分泌量低下	ガム試験にて10分間で10mL以下	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未実施
	サクソテストにて2分間で2g以下	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未実施
b-2. 唾液腺シンチグラフィ	機能低下所見	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未実施
3. 眼科検査		
a. シルマー試験	5分間に5mm以下	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ <input type="checkbox"/> 3. 未実施
b. ローゼンガル試験 (van Bijsterveld スコア)		<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 未実施
c. 蛍光色素 (フルオレセイン) 試験		<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 未実施
4. 血清検査		
a. 抗SS-A抗体		<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 未実施
b. 抗SS-B抗体		<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 未実施
リウマトイド因子		<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 未実施
抗核抗体		<input type="checkbox"/> 1. 320倍以上 <input type="checkbox"/> 2. 320倍未満 <input type="checkbox"/> 3. 未実施
その他の検査		
便培養	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	所見	

**C. 遺伝学的検査**

遺伝子検査の実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 非実施	
	遺伝子名	

<診断のカテゴリー>

Definite : 以下の1~4のうち、いずれか2項目が陽性	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
<input type="checkbox"/> 1. 生検病理組織検査の a または b が 1focus 以上を認める <input type="checkbox"/> 2. 口腔検査の a または b-1 かつ b-2 検査において陽性所見を認める <input type="checkbox"/> 3. 眼科検査の a と b または、 a と c が陽性所見を認める <input type="checkbox"/> 4. 血清検査の a または b が陽性所見を認める		

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

■ 重症度分類に関する事項

ESSDAI による重症度分類	
評価実施年月日	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
健康状態(係数 3)	<input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 低 <input type="checkbox"/> 2. 中
リンパ節腫脹(係数 4)	<input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 低 <input type="checkbox"/> 2. 中 <input type="checkbox"/> 3. 高
腺症状(係数 2)	<input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 低 <input type="checkbox"/> 2. 中
関節症状(係数 2)	<input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 低 <input type="checkbox"/> 2. 中 <input type="checkbox"/> 3. 高
皮膚症状(係数 3)	<input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 低 <input type="checkbox"/> 2. 中 <input type="checkbox"/> 3. 高
肺病変(係数 5)	<input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 低 <input type="checkbox"/> 2. 中 <input type="checkbox"/> 3. 高
腎病変(係数 5)	<input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 低 <input type="checkbox"/> 2. 中 <input type="checkbox"/> 3. 高
筋症状(係数 6)	<input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 低 <input type="checkbox"/> 2. 中 <input type="checkbox"/> 3. 高
末梢神経障害(係数 5)	<input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 低 <input type="checkbox"/> 2. 中 <input type="checkbox"/> 3. 高
中枢神経障害(係数 5)	<input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 低 <input type="checkbox"/> 3. 高
血液障害(係数 2)	<input type="checkbox"/> 0. 無 <input type="checkbox"/> 1. 低 <input type="checkbox"/> 2. 中 <input type="checkbox"/> 3. 高

生物学的所見(係数1)	<input type="checkbox"/> 0. 無	<input type="checkbox"/> 1. 低	<input type="checkbox"/> 2. 中
ESSDAI(合計点数)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 点		

※詳細は評価基準を参照してください。

■ 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。