

臨床調査個人票 正誤表

ver.1

No.	告示番号	疾病名	項目	正	誤
1	3	脊髄性筋萎縮症	D. 鑑別診断	<input type="checkbox"/> 8.感染症に関連した下位運動ニューロン障害(ポリオ後症候群など)	<input type="checkbox"/> 8.感染症に関連した下位運動ニューロン障害(ポリオ症候群など)
2	6	パーキンソン病	B.検査所見	特異的異常 著明な脳室拡大	特異的異常 著名な脳室拡大
				特異的異常 著明な大脳萎縮	特異的異常 著名な大脳萎縮
3	10	シャルコー・マリー・トゥース病	治療その他 手術部位:その他の部位	その他の 手術	その他の 部位 ※2番目の項目の表記修正
4	21	ミトコンドリア病	診断	<input type="checkbox"/> 1.慢性進行性外眼筋麻痺症候群(OP EO)(カーンズ・セイヤー(Kearns-Sayre)症候群を含む)	<input type="checkbox"/> 1.慢性進行性外眼筋麻痺症候群(O PEO)(カーンズ・セイヤー(Kearns-Sayre)症候群を含む)
5	44	多発血管炎性肉芽腫症	<診断のカテゴリー>	<input type="checkbox"/> Probable(b):以下の主要症状の1項目と以下検査所見1.~3.の1項目以上を示す	<input type="checkbox"/> Probable(b):以下の主要症状の1項目 以上 と以下検査所見1.~3.の1項目以上を示す
6	49	全身性エリテマトーデス	<診断のカテゴリー> 所見	<input type="checkbox"/> 9.血液学的異常 <input type="checkbox"/> 溶血性貧血 <input type="checkbox"/> 4,000/mm³以下の白血球減少 <input type="checkbox"/> 1,500/mm ³ 以下のリンパ球減少 <input type="checkbox"/> 10万/mm ³ 以下の血小板減少 ※溶血性貧血と4000/mm ³ 以下の白血球減少はそれぞれ独立した項目だったが、一緒のチェックボックスになっているため、どちらかを満たす場合にチェックを入れていただく。	<input type="checkbox"/> 9.血液学的異常 <input type="checkbox"/> 溶血性貧血4,000/mm ³ 以下の白血球減少 <input type="checkbox"/> 1,500/mm ³ 以下のリンパ球減少 <input type="checkbox"/> 10万/mm ³ 以下の血小板減少
7	56	ベーチェット病	C. 鑑別診断 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜症状をもつ疾患	<input type="checkbox"/> 2. 急性外陰部潰瘍(Lipschutz潰瘍)	<input type="checkbox"/> 2.Lipschutz陰部潰瘍
8	68	黄色靭帯骨化症	重症度分類に関する事項 知覚	上肢 <input type="checkbox"/> <u>0</u> .明白な知覚障害がある。 <input type="checkbox"/> <u>1</u> .軽度の知覚障害又はしびれ感がある。 <input type="checkbox"/> <u>2</u> .正常 下肢 <input type="checkbox"/> <u>0</u> .明白な知覚障害がある。 <input type="checkbox"/> <u>1</u> .軽度の知覚障害又はしびれ感がある。 <input type="checkbox"/> <u>2</u> .正常 躯幹 <input type="checkbox"/> <u>0</u> .明白な知覚障害がある。 <input type="checkbox"/> <u>1</u> .軽度の知覚障害又はしびれ感がある。 <input type="checkbox"/> <u>2</u> .正常	上肢 <input type="checkbox"/> 1.明白な知覚障害がある。 <input type="checkbox"/> 2.軽度の知覚障害又はしびれ感がある。 <input type="checkbox"/> 3.正常 下肢 <input type="checkbox"/> 1.明白な知覚障害がある。 <input type="checkbox"/> 2.軽度の知覚障害又はしびれ感がある。 <input type="checkbox"/> 3.正常 躯幹 <input type="checkbox"/> 1.明白な知覚障害がある。 <input type="checkbox"/> 2.軽度の知覚障害又はしびれ感がある。 <input type="checkbox"/> 3.正常

臨床調査個人票 正誤表

ver.1

No.	告示番号	疾病名	項目	正	誤
9	69	後縦靱帯骨化症	重症度分類に関する事項 知覚	上肢 <input type="checkbox"/> 0.明白な知覚障害がある。 <input type="checkbox"/> 1.軽度の知覚障害又はしびれ感がある。 <input type="checkbox"/> 2.正常 下肢 <input type="checkbox"/> 0.明白な知覚障害がある。 <input type="checkbox"/> 1.軽度の知覚障害又はしびれ感がある。 <input type="checkbox"/> 2.正常 躯幹 <input type="checkbox"/> 0.明白な知覚障害がある。 <input type="checkbox"/> 1.軽度の知覚障害又はしびれ感がある。 <input type="checkbox"/> 2.正常	上肢 <input type="checkbox"/> 1.明白な知覚障害がある。 <input type="checkbox"/> 2.軽度の知覚障害又はしびれ感がある。 <input type="checkbox"/> 3.正常 下肢 <input type="checkbox"/> 1.明白な知覚障害がある。 <input type="checkbox"/> 2.軽度の知覚障害又はしびれ感がある。 <input type="checkbox"/> 3.正常 躯幹 <input type="checkbox"/> 1.明白な知覚障害がある。 <input type="checkbox"/> 2.軽度の知覚障害又はしびれ感がある。 <input type="checkbox"/> 3.正常
10	73	下垂体性TSH分泌亢進症	B.検査所見	甲状腺ヨード摂取率(シンチグラフィ) <input type="checkbox"/> 1.びまん性	甲状腺ヨード摂取率(シンチグラフィ) <input type="checkbox"/> 1.びまん
11	94	原発性硬化性胆管炎	B.検査所見	AST □□□□IU/L	AST □□□□IU/mL
				ALT □□□□IU/L	ALT □□□□IU/mL
				ALP □□□□IU/L	ALP □□□□IU/mL
				γGTP □□□□IU/L	γGTP □□□□IU/mL
12	101	腸管神経節細胞減少症	重症度分類に関する事項	<input type="checkbox"/> 4.継続的な消化管減圧を必要とする(消化管減圧とは、腸痙、胃痙、 経鼻胃管 、イレウス管、経肛門管などによる腸内容のドレナージをさす)	<input type="checkbox"/> 4.継続的な消化管減圧を必要とする(消化管減圧とは、腸痙、胃痙、イレウス管、経肛門管などによる腸内容のドレナージをさす)
13	140	トラベ症候群	重症度分類に関する事項	重症度分類に関する事項 「G40てんかん」の障害等級判定区分	「G40てんかん」の障害等級判定区分
14	271	強直性脊椎炎	重症度分類に関する事項	薬物治療が無効の高度な破壊や変形を伴う末梢関節炎 がある	薬物治療が無効で高度の機能障害のため外科的治療が必要な末梢関節炎
15	299	嚢胞性線維症	重症度分類に関する事項	%予測1秒量(%FEV1) <input type="checkbox"/> 軽度:70%以上89% 以下 <input type="checkbox"/> 中等度:40%以上69% 以下	%予測1秒量(%FEV1) <input type="checkbox"/> 軽度:70%以上89% 未満 <input type="checkbox"/> 中等度:40%以上69% 未満
				18歳未満(%BMI)の場合 <input type="checkbox"/> 軽度:25%以上49% 以下	18歳未満(%BMI)の場合 <input type="checkbox"/> 軽度:25%以上49% 未満
				18歳以上(BMI)の場合 <input type="checkbox"/> 軽度:18.5以上21.9 以下	18歳以上(BMI)の場合 <input type="checkbox"/> 軽度:18.5以上21.9 未満