

臨床調査個人票 024. 亜急性硬化性全脳炎（新規）

■基本情報

氏名			
姓(漢字)	名(漢字)	姓(かな)	名(かな)

住所	
郵便番号	住所

生年月日等							
生年月日	西暦	年	月	日	性別	1.男	2.女
出生市区町村							
出生時氏名(変更のある場合)	姓(漢字)	名(漢字)	姓(かな)	名(かな)			

家族歴	
近親者の発症者の有無	1.あり 2.なし 3.不明 発症者続柄 1.父 2.母 3.子 4.同胞(男性) 5.同胞(女性) 6.祖父(父方) 7.祖母(父方) 8.祖父(母方) 9.祖母(母方) 10.いとこ 11.その他 続柄
両親の近親結婚	1.あり 2.なし 3.不明 詳細:

発病時の状況	
発症年月	西暦 年 月

社会保障			
介護認定	1.要介護 2.要支援 3.なし	要介護度	1 2 3 4 5

生活状況	
移動の程度	1.歩き回るのに問題はない 2.いくらか問題がある 3.寝たきりである
身の回りの管理	1.洗面や着替えに問題はない 2.いくらか問題がある 3.自分でできない
ふだんの活動	1.問題はない 2.いくらか問題がある 3.行うことができない
痛み/不快感	1.ない 2.中程度ある 3.ひどい
不安/ふさぎ込み	1.問題はない 2.中程度 3.ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる

連絡事項	

■診断

診断	
亜急性硬化性全脳炎	1.確実 2.ほぼ確実 3.疑い

所見	
性格変化、知的退行、ミオクローヌス、けいれん発作、失立発作の出現	1.あり 2.なし 3.不明
進行性経過	1.あり 2.なし 3.不明
血清中の麻疹抗体価の上昇	1.あり 2.なし 3.不明
髄液中の麻疹抗体検出	1.あり 2.なし 3.不明
髄液IgGindexの上昇	1.あり 2.なし 3.不明
脳波に周期性群発を認める	1.あり 2.なし 3.不明

■発症と経過

既往歴	
麻疹の既往歴	1.あり 2.なし 罹患 歳 ヶ月 罹患時居住都道府県
予防接種歴	1.あり 2.なし 接種 歳 ヶ月
兄弟姉妹の麻疹罹患	罹患時期 西暦 年 月 麻疹罹患した兄弟姉妹の続柄

経過	
これまでの経過	1.進行性 2.進行停止 3.軽快 4.その他
最近の経過	1.急速に悪化 2.徐々に悪化 3.不変 4.軽快 5.治癒 6.その他 その他の場合

■臨床所見

脳神経			
摂食又は嚥下障害	1.あり 2.なし 3.不明		
運動系			
四肢運動障害	1.あり 2.なし 3.不明	痙攣発作	1.あり 2.なし 3.不明
筋緊張亢進（硬直）	1.あり 2.なし 3.不明		
反射			
原始反射	驚愕反射1.あり 2.なし 3.不明	Moro様反射1.あり 2.なし 3.不明	
自律神経系			
尿又は便失禁	1.あり 2.なし 3.不明		
歩行、姿勢、協調運動			
失立又は転倒発作	1.あり 2.なし 3.不明	歩行障害	1.あり 2.なし 3.不明
錐体外路症候			
不随意運動	1.あり 2.なし 3.不明	ミオクローヌス	1.あり 2.なし 3.不明
意識・知能・精神症候			
言語障害	1.あり 2.なし 3.不明	記憶力低下・学力低下	1.あり 2.なし 3.不明
性格変化・行動異常	1.あり 2.なし 3.不明	知的退行	1.あり 2.なし 3.不明
昏睡又は半昏睡	1.あり 2.なし 3.不明	無動・無言状態	1.あり 2.なし 3.不明
合併疾患			
発病時の合併疾患	1.あり 2.なし 3.不明	疾患名	

■検査所見

血清麻疹抗体価の上昇												
血清麻疹抗体価の上昇の有無	1.あり 2.なし 3.不明	検査年月日	西暦	年	月	日	HL	倍	CF	倍	NT	倍
髄液中の麻疹抗体検出												
髄液中の麻疹抗体検出の有無	1.あり 2.なし 3.不明	検査年月日	西暦	年	月	日	HL	倍	CF	倍	NT	倍
髄液IgG-index又はIgGの上昇												
髄液IgG-index又はIgGの上昇の有無	1.あり 2.なし 3.不明	検査年月日	西暦	年	月	日	IgG-index	%	IgG	%		
脳波に周期性同期性放電												
脳波に周期性同期性放電の有無	1.あり 2.なし 3.不明	検査年月日	西暦	年	月	日						
大脳皮質のX線CT低吸収域												
1.あり 2.なし 3.不明	検査年月日	西暦	年	月	日							
大脳皮質のMRI-T2高信号域												
1.あり 2.なし 3.不明	検査年月日	西暦	年	月	日							

■鑑別診断

鑑別できるものにチェック	1.てんかん 2.心因反応 3.精神病 4.大脳灰白質変性症 5.広義の進行性ミオクローヌステんかん 6.大脳白質変性症 7.副腎白質ジストロフィー 8.その他の亜急性及び慢性脳炎
--------------	--

■重症度

重症度	Jabbour の臨床病期分類
	<p>1.性格変化（無関心、反抗的など）、行動異常、睡眠障害、記名力低下、学力低下等の、比較的軽微な 精神神経症状が緩徐に進行する。</p> <p>2.全身強直発作、失立発作、複雑部分発作などの痙攣発作や運動機能低下、不随意運動といった運動徴候が出現する。</p> <p>特徴的な不随意運動としては、ミオクローヌスが挙げられる。</p> <p>3.意識障害が進行し、徐々に反応不良となり昏睡に至る。臥床状態で後弓反張、除脳硬直などの異常肢位をとるようになる。呼吸、循環、体温など自律神経機能も侵される。</p> <p>4.ミオクローヌスはほとんど消失し、驚愕発作、Moro 様反射などの原始反射が出現する。最終的に無動性無言となる。</p>

■治療その他

栄養と呼吸	
気管切開	1.実施 2.未実施 導入日 西暦 年 月
鼻腔栄養	1.あり 2.なし 導入日 西暦 年 月
胃瘻	1.あり 2.なし 導入日 西暦 年 月
人工呼吸器	1.あり 2.なし 導入日 西暦 年 月 種類1.NPPV（非侵襲的人工呼吸器） 2.TPPV（気管切開による人工呼吸療法）

治療と効果	
イソプリノシン	1.使用中 2.未使用 3.過去に使用 治療効果1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明
インターフェロン	1.使用中 2.未使用 3.過去に使用 治療効果1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明
リバビリン	1.使用中 2.未使用 3.過去に使用 治療効果1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明
その他の薬剤1	1.あり 2.なし 薬剤名 治療効果1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明
その他の薬剤2	1.あり 2.なし 薬剤名 治療効果1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明

現在の療養場所	
現在の療養場所	1.在宅 2.病院 3.養護施設 4.その他 その他の内容

人工呼吸器（使用者のみ詳細記入）	
使用の有無	1.あり 2.なし
以下 有の場合 開始時期	西暦 年 月 離脱の見込み 1.あり 2.なし
種類	1.気管切開口を介した人工呼吸器 2.鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器
施行状況	1.間欠的施行 2.夜間に継続的に施行 3.一日中施行 4.現在は未施行
生活状況	食事1.自立 2.部分介助 3.全介助 椅子とベッド間の移動1.自立 2.軽度の介助 3.部分介助 4.全介助 整容1.自立 2.部分介助 3.全介助 トイレ動作1.自立 2.部分介助 3.全介助 入浴1.自立 2.部分介助 3.全介助 移動1.自立 2.軽度の介助 3.部分介助 4.全介助 階段昇降1.自立 2.部分介助 3.全介助 更衣1.自立 2.部分介助 3.全介助 排便コントロール1.自立 2.部分介助 3.全介助 排尿コントロール1.自立 2.部分介助 3.全介助

医療機関名	指定医番号
医療機関所在地	電話番号 ()
医師の氏名	記載年月日：平成 年 月 日

- 診断書には過去6か月間で一番悪い状態の内容を記載してください。 ※自筆または押印のこと
- ただし、診断に関わる項目については、いつの時点のものでも構いません。
- 診断基準、重症度分類については、「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。 Ver.141107