

臨床調査個人票 096. クローン病（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			
生年月日等 生年月日 西暦 年 月 日			
出生市区町村	姓(漢字)	名(漢字)	姓(かな)
出生時氏名（変更のある場合）	姓(漢字)	名(漢字)	姓(かな)
性別 1.男 2.女			
家族歴 近親者の発症者の有無 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			
■ 発症と経過 家族歴（類縁疾患） 近親者の発症者の有無 潰瘍性大腸炎 1.あり 2.なし 3.不明			
生活歴・既往歴 喫煙 1.現在の喫煙 2.過去の喫煙 3.なし 4.不明			
虫垂切除歴	1.あり 2.なし		
臨床病型 1.小腸型 2.大腸型 3.小腸大腸型 4.特殊型 上部消化管病変 1.あり 2.なし 肛門病変 1.あり 2.なし			
■ 臨床所見 理学所見 身長 cm 体重 kg			
脈拍 回/分	体温 度		
罹患部位 年月日 西暦 年 月 日			
最近の罹患部位 結腸の部位	1.食道 2.胃 3.十二指腸 4.空腸 5.回腸 6.虫垂 7.結腸 8.直腸 9.肛門 10.その他 11.不明 1.盲腸 2.上行 3.横行 4.下行 5.S状		
主症状 年月日 西暦 年 月 日			
排便回数	1.6回/日以上 2.5回/日 3.4回/日以下		
便の性状	出血 1. (+++) 以上 2. (++) 3. (+) ~ (-) 性状 1.水様 2.泥状 3.軟便 4.有形		
腹部 自発痛	1.あり 2.なし		
肛門 閉塞	1.あり 2.なし		
体重減少	1.あり 2.なし		
合併症 腸管合併症 1.あり 2.なし 3.不明 種類 1.狭窄、閉塞 2.瘻孔膿瘍（腹腔内、後腹膜） 3.出血 4.穿孔 5.中毒性巨大結腸症 6.癌・dysplasia 7.その他 癌・dysplasiaの部位 その他の内容			
腸管外合併症	1.あり 2.なし 3.不明 種類 1.関節病変 2.皮膚病変 3.眼病変 4.原発性硬化性胆管炎 5.自己免疫脾炎 I 6.自己免疫脾炎 II 7.IgG4関連疾患 8.成長障害 9.骨粗鬆症 10.その他 その他の内容		

■検査所見

血液検査

検査実施	1. 実施 2. 未実施	検査年月日	西暦 年 月 日
赤血球	$\times 10^4 / \mu\text{L}$	白血球	$/ \mu\text{L}$
ヘモグロビン	g/dL	赤沈(1時間)	mm
CRP	mg/dL	総蛋白	g/dL
アルブミン	g/dL	血小板	$\times 10^4 / \mu\text{L}$
コレステロール	mg/dL		

X線造影検査

	食道・胃・十二指腸病変	小腸病変	大腸病変
検査実施	1. 実施 2. 未実施	1. 実施 2. 未実施	1. 実施 2. 未実施
検査年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
非連続性病変	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
歯石像	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
縦走潰瘍	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
アフタ・小潰瘍	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
狭窄・狭小化	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
裂溝	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし

内視鏡検査

	食道・胃・十二指腸病変	小腸病変	大腸病変
検査実施	1. 実施 2. 未実施	1. 実施 2. 未実施	1. 実施 2. 未実施
検査年月日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
非連続性病変	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
歯石像	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
縦走潰瘍	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
アフタ・小潰瘍	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
狭窄・狭小化	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
裂溝	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし

病理検査

検査実施	1. 実施 2. 未実施	検査年月日	西暦 年 月 日
非乾酪性類上皮細胞肉芽腫の有無	1. あり 2. なし	検出部位 その他	

糞便病原性微生物検出

検査年月日	西暦 年 月 日	病原微生物検出	1. あり 2. なし 3. 未実施

ツベルクリン反応

検査年月日	西暦 年 月 日
ツベルクリン反応	1. 陽性 2. 隆起性 3. 未実施
IGRA (QFT or TSPOT)	1. 陽性 2. 隆起性 3. 判定不能・未実施

■鑑別診断

クローン病の鑑別診断

鑑別できる場合にチェック	1. 虚血性大腸炎 2. 潰瘍性大腸炎 3. 腸結核 4. 腸管バーチェット
--------------	---

■重症度

クローン病 10IBD スコア

該当するものを選択	1. 腹痛 2. 1日6回以上の下痢あるいは粘血便 3. 肛門部病変 4. 瘢孔 5. その他の合併症（ぶどう膜炎、虹彩炎、口腔炎、関節炎、皮膚症状（結節性紅斑、壞疽性膿皮症）、深部静脈血栓症等） 6. 腹部腫瘤 7. 体重減少 8. 38°C以上の発熱 9. 腹部圧痛 10. ヘモグロビン10g/dL以下
-----------	--

■治療その他

内科的治療

内科的治療の実施有無	1.実施 2.未実施
現在の治療	ステロイド 1.あり 2.なし 種類1.内服 2.局所療法 3.点滴静注 5-ASA製剤 1.あり 2.なし 免疫抑制剤 1.あり 2.なし 種類1.AZA 2.6-MP 抗TNF α 抗体製剤1.あり 2.なし 抗菌薬（シプロフロキサシン）1.あり 2.なし 抗菌薬（メトロニダゾール）1.あり 2.なし その他の治療1.あり 2.なし
薬剤による副作用	1.あり 2.なし チオプリン1.無顆粒球症 2.その他 メサラジン不耐1.アレルギー 2.その他 TNF α 抗体製剤による1.TNF α 抗体製剤による 2.infusion reaction 3.感染症 4.その他
栄養療法	IVH1.あり 2.なし 用量 kcal/日 経腸1.あり 2.なし 用量 kcal/日

外科的治療

申請までに行った治療	1.あり 2.なし 腸管切除 回 肛門部手術回数 回
手術理由	1.腸管狭窄、閉塞 2.腸管瘻孔 3.膿瘍（腹腔内、後腹膜） 4.腸管出血 5.腸管穿孔 6.癌・dysplasia 7.内科的治療無効 8.その他 腸管瘻孔の場合1.内瘻 2.外瘻 癌・dysplasiaの場合 部位 内科的治療無効の場合1.腸管病変 2.肛門病変 その他の場合
手術日・術式	1回目：手術日 西暦 年 月 日 1回目：術式1.小腸部分切除術 2.回盲部切除術 3.結腸右半切除術 4.大腸部分切除術 5.直腸切断術 6.狭窄形成術 7.吻合部切除術 8.人工肛門造設術 9.肛門手術 10.その他 11.詳細不明 その他 2回目：手術日 西暦 年 月 日 2回目：術式1.小腸部分切除術 2.回盲部切除術 3.結腸右半切除術 4.大腸部分切除術 5.直腸切断術 6.狭窄形成術 7.吻合部切除術 8.人工肛門造設術 9.肛門手術 10.その他 11.詳細不明 その他 3回目：手術日 西暦 年 月 日 3回目：術式1.小腸部分切除術 2.回盲部切除術 3.結腸右半切除術 4.大腸部分切除術 5.直腸切断術 6.狭窄形成術 7.吻合部切除術 8.人工肛門造設術 9.肛門手術 10.その他 11.詳細不明 その他
内視鏡的狭窄拡張術	1.あり 2.なし 実施日 西暦 年 月 日

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

印

記載年月日：平成 年 月 日

※自筆または押印のこと

- 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。
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