

# 臨床調査個人票 098-2. 好酸球性消化管疾患-小児-成人 (新規)

## ■基本情報

<b>氏名</b>			
姓(漢字)	名(漢字)	姓(かな)	名(かな)
<b>住所</b>			
郵便番号	住所		
<b>生年月日等</b>			
生年月日	西暦	年	月 日
出生市区町村	性別		
出生時氏名(変更のある場合)	姓(漢字)	名(漢字)	姓(かな) 名(かな)
<b>家族歴</b>			
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:		
<b>発病時の状況</b>			
発症年月	西暦	年	月
<b>社会保障</b>			
介護認定	1.要介護 2.要支援 3.なし		要介護度
1 2 3 4 5			
<b>生活状況</b>			
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		
<b>連絡事項</b>			

## ■診断

<b>診断</b>	1.好酸球性食道炎(EoE:内視鏡検査と組織診断で、食道のみに好酸球が浸潤) 2.好酸球性胃腸炎(EGE:内視鏡検査と組織診断で、胃から大腸までのいずれかの部位に好酸球が浸潤、加えて食道にあっても可)
-----------	---

## ■発症と経過

<b>初発症状</b>	
初発症状にチェック	1.嘔吐2.嚥下障害3.つかえ感4.食物嵌頓5.胸焼け 6.食欲不振7.腹痛8.体重増加不良9.成長障害10.下痢11.血便
<b>既往歴</b>	
基礎疾患	1.あり 2.なし 内容
先天性疾患	1.あり 2.なし 内容
手術歴	1.あり 2.なし 内容
周産期の異常	1.あり 2.なし 内容
アレルギー歴	気管支喘息1.あり 2.なし アトピー性皮膚炎1.あり 2.なし 即時型食物アレルギー1.あり 2.なし

## ■臨床所見

<b>理学所見</b>			
身長	cm	体重	kg
脈拍	回/分	体温	度
<b>主症状</b>			
年月日	西暦	年	月 日
嘔吐	1.あり 2.なし	嚥下障害	1.あり 2.なし
腹痛	1.あり 2.なし	つかえ感	1.あり 2.なし
食物嵌頓	1.あり 2.なし	食欲不振	1.あり 2.なし
胸焼け	1.あり 2.なし	体重増加不良	1.あり 2.なし
るいそう	1.あり 2.なし	成長障害	1.あり 2.なし
下痢	1.あり 2.なし	血便	1.あり 2.なし
<b>合併症</b>			
腸穿孔	1.あり 2.なし	腸閉塞	1.あり 2.なし
ショック	1.あり 2.なし	成長障害	1.あり 2.なし
ステロイド長期使用による副作用	1.あり 2.なし		
外科手術が必要となった	1.あり 2.なし	内容	
その他	1.あり 2.なし	内容	

■検査所見

血液検査			
検査年月日	西暦 年 月 日	赤血球	×10 <sup>4</sup> /μL
ヘモグロビン	g/dL	白血球	/μL
好中球	%	好酸球	%
リンパ球	%	単球	%
他	%	血小板	×10 <sup>4</sup> /μL
総蛋白	g/dL	アルブミン	g/dL
AST	mg/dL	ALT	mm
LDH	IU	尿素窒素	mg/dL
Na	mEq/L	K	mEq/L
Cl	mEq/L	CRP	mg/dL
総IgE	IU/mL	食物特異的IgE	クラス値
その他			

便検査			
検査年月日	西暦 年 月 日		
便潜血	1. + 2. -	便粘液好酸球	1. あり 2. なし

病理検査			
検査年月日	西暦 年 月 日		
食道粘膜上皮内 好酸球	1. あり 2. なし /HPF	胃粘膜内 好酸球	1. あり 2. なし /HPF
小腸粘膜内 好酸球	1. あり 2. なし /HPF	大腸粘膜内 好酸球	1. あり 2. なし /HPF

腹腔穿刺			
検査年月日	西暦 年 月 日	腹水内の好酸球	%

内視鏡検査	
検査年月日	西暦 年 月 日
胃所見	1. 浮腫 2. 発赤 3. びらん その他
小腸	1. 浮腫 2. 発赤 3. びらん その他
大腸	1. 浮腫 2. 発赤 3. びらん その他
食道所見	白斑 1. あり 2. なし 縦走溝 1. あり 2. なし 気管様狭窄 1. あり 2. なし

CT検査			
検査年月日	西暦 年 月 日	食道壁の肥厚	1. あり 2. なし
胃腸壁の肥厚	1. あり 2. なし	腹水	1. あり 2. なし
その他			

X線検査	
腹部単純撮影	検査年月日 西暦 年 月 日 異常所見 1. あり 2. なし 内容
上部消化管造影	検査年月日 西暦 年 月 日 異常所見 1. あり 2. なし 内容
下部消化管造影	検査年月日 西暦 年 月 日 異常所見 1. あり 2. なし 内容

鑑別診断	
鑑別できる場合にチェック	1. クロウン病 2. 潰瘍性大腸炎 3. 胃十二指腸潰瘍 4. 薬剤性消化管障害 5. ヘリコバクター感染症 6. 消化管リンパ腫 7. 大腸がん 8. 食道がん 9. 胃食道逆流症 10. 寄生虫疾患 11. 感染性腸炎 12. 偽膜性腸炎 13. メッケル憩室 14. 食道狭窄 15. アカラジア 16. 好酸球増多症候群 17. 中腸軸捻転 18. 消化管閉鎖 19. 腸重積 20. ヒルシスブルング病 21. 乳糖不耐症

■重症度

共通質問	
副作用が懸念される抗炎症薬治療	1.あり 2.なし 内容 治療のために食物除去を行っている 1.あり 2.なし
<b>2-19歳</b>	
全身状態 (EGIDによる状態悪化が推定される場合)	1.調子よく、行動制限なし(0) 2.年齢相応の行動が、通常より制限される(3) 3.状態不良でしばしば行動制限あり(6) 4.発達の明らかな遅れあり(10)
体重	1.体重増加、もしくは安定(0) 2.体重が増えない(3) 3.体重<-2SD(6) 4.体重<-3SD(9)
身長	1.-1SD≤身長(0) 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) 3.身長<-2SD (6) 4.身長<-3SD(9)
上部消化管を代表する症状(1)嘔吐	1.嘔気なし(0) 2.嘔気あり(嘔吐なし)月に4日以上(3) 3.1回/日の嘔吐 月に4日以上(5) 4.2-5回/日の嘔吐 月に4日以上(7) 5.6回/日以上嘔吐 月4日以上(9)
上部消化管を代表する症状(2)嚥下障害	1.普通に食物を飲み込める(0) 2.飲み込みにくいことがある 月に4日以上(3) 3.いつも飲み込みにくく苦勞する(6) 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	1.食欲はある(0) 2.食欲がないことがある 月に4日以上(3) 3.食欲はいつもない(6) 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	1.腹痛なし(0) 2.軽度、短時間で、活動を制限しない(3) 3.中等度、連日で長く続いたり、就眠後に起こる(6) 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	1.0-1回/日の水様便まで(0) 2.2-5回/日の水様便 月に4日以上(3) 3.6回以上/日の水様便 月に4日以上(6) 4.脱水を起こし、点滴を必要とした(9)
下部消化管を代表する症状(2)血便	1.血便なし(0) 2.少量の血が混じる程度 月に4日以上(3) 3.明かな血便 月に4日以上(6) 4.大量の血便(9)
検査所見	1.アルブミン(Alb)、ヘモグロビン(Hb)とも異常なし(0) 2.3.0≤Alb<3.5, and/or 9.0≤Hb<11.0(3) 3.Alb<3.0 and/or Hb<9.0(6) 4.Alb<2.0 and/or Hb<7.0(9)
末梢血好酸球割合	1.0から5%未満(0) 2.5%以上10%未満(3) 3.10%以上20%未満(6) 4.20%<(9)
合計点数 (カッコ内の数の合計)	点 1.重症 (40点以上) 2.中等症 (15-39点) 3.軽症 (14点以下)
<b>20歳以上</b>	
上部消化管を代表する症状(1)嘔吐	1.嘔気なし (0) 2.嘔気あり (嘔吐なし) (3) 3.1回/日の嘔吐 月に4日以上(5) 4.2-5回/日の嘔吐 月に4日以上(7) 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	1.普通に食物を飲み込める(0) 2.いつも飲み込みにくく苦勞する(6) 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	1.食欲はある(0) 2.食欲はいつもない(6) 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	1.腹痛なし (0) 2.軽度、短時間で、活動を制限しない (3) 3.中等度、連日で長く続いたり、就眠後に起こる (6) 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	1.0-1回/日の水様便まで(0) 2.2-5回/日の水様便 月に4日以上(3) 3.6回以上/日の水様便 月に4日以上(6) 4.脱水を起こした (9)
下部消化管を代表する症状(2)血便	1.血便なし (0) 2.少量の血が混じる程度 月に1回以上 (3) 3.明らかな血便 月に1回以上(6) 4.連日、大量の血便(9)
検査所見 (最小値をお選びください)	1.アルブミン(Alb)異常なし(0) 2.3.0≤Alb<3.5(3) 3.2.0≤Alb<3.0(6) 4.Alb<2.0(9)
末梢血好酸球割合 (最大値をお選びください)	1.0から5%未満(0) 2.5%以上10%未満(3) 3.10%以上20%未満(6) 4.20%<(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	1.いいえ(0) 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	1.使用していない(0) 2.使用した(5)
合計点数 (カッコ内の数の合計)	点1.重症 (40点以上) 2.中等症 (15-39点) 3.軽症 (14点以下)

■治療その他

内科的治療	
食餌療法	1.あり 2.なし 具体的に： 治療効 果1.改善 2.不変 3.悪化 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	1.乳2.大豆3.米4.小麦5.卵6.魚7.肉8.その他 その他の食物
プロトンポンプ阻害薬	1.あり 2.なし 名称 用量 mg/日 治療効 果1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明
副腎皮質ステロイド	1.あり 2.なし プレドニゾロン換算量 mg/1.日 2.週 治療効 果1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明
抗アレルギー剤	1.あり 2.なし 名称 治療効果1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明
吸入用ステロイド	1.あり 2.なし 名称 用量 μg/日 治療効 果1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明
その他の治療法	1.あり 2.なし 内容： 治療効 果1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明

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