

## 110 ブラウ症候群

## ■ 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 <input type="text"/> <input type="text"/>	*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			



再発・混合型の場合	発作時に一定の傾向	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
	ありの場合 平均発作期間	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 時間
	年間発作回数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	
	発作パターン	<input type="checkbox"/> 1. 規則的	<input type="checkbox"/> 2. 不規則
	季節性	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
	発熱時の悪寒	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
	発作の誘因 (すべて記載)	<input type="checkbox"/> 1. 寒冷 <input type="checkbox"/> 2. 心身ストレス <input type="checkbox"/> 3. ワクチン <input type="checkbox"/> 4. 感染 <input type="checkbox"/> 5. 外傷 <input type="checkbox"/> 6. 食物 <input type="checkbox"/> 7. 月経 <input type="checkbox"/> 8. 疲労 <input type="checkbox"/> 9. 旅行 <input type="checkbox"/> 10. その他	
皮膚症状			
1. 充実性の丘疹	<input type="checkbox"/> 1. 認める	<input type="checkbox"/> 2. 認めない	<input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 結節性紅斑	<input type="checkbox"/> 1. 認める	<input type="checkbox"/> 2. 認めない	<input type="checkbox"/> 3. 不明
関節症状			
3. 関節背面の 無痛性嚢腫状腫脹	<input type="checkbox"/> 1. 認める	<input type="checkbox"/> 2. 認めない	<input type="checkbox"/> 3. 不明
4. 手指、足趾の ソーセージ様腫脹	<input type="checkbox"/> 1. 認める	<input type="checkbox"/> 2. 認めない	<input type="checkbox"/> 3. 不明
眼症状			
5. ブドウ膜炎	<input type="checkbox"/> 1. 認める	<input type="checkbox"/> 2. 認めない	<input type="checkbox"/> 3. 不明
6. 虹彩後癒着	<input type="checkbox"/> 1. 認める	<input type="checkbox"/> 2. 認めない	<input type="checkbox"/> 3. 不明
7. 結膜炎	<input type="checkbox"/> 1. 認める	<input type="checkbox"/> 2. 認めない	<input type="checkbox"/> 3. 不明
8. 網膜炎	<input type="checkbox"/> 1. 認める	<input type="checkbox"/> 2. 認めない	<input type="checkbox"/> 3. 不明
9. 視神経萎縮	<input type="checkbox"/> 1. 認める	<input type="checkbox"/> 2. 認めない	<input type="checkbox"/> 3. 不明
リンパ組織病変			
両側肺門部 リンパ節腫脹	<input type="checkbox"/> 1. 認める	<input type="checkbox"/> 2. 認めない	<input type="checkbox"/> 3. 不明

該当するものを選択	<input type="checkbox"/> 1. 全身リンパ節腫大 <input type="checkbox"/> 2. 頸部リンパ節腫大 <input type="checkbox"/> 3. 肝腫大 <input type="checkbox"/> 4. 脾腫大 <input type="checkbox"/> 5. 有痛性リンパ節病変 <input type="checkbox"/> 6. その他		
	その他の部位		
既往			
BCG 接種	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	BCG 接種時期	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歳	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> か月
初発症状	<input type="checkbox"/> 1. 高熱 <input type="checkbox"/> 2. 弛張熱 <input type="checkbox"/> 3. その他 *3 を選択の場合、以下に記入		
初発症状の時期	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歳	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> か月	

**B. 検査所見** \*小数点も1文字として記入する

血液検査			
白血球	<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常 <input type="checkbox"/> 3. 低値		
	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	/ $\mu$ L
好中球	<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常 <input type="checkbox"/> 3. 低値		
	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	/ $\mu$ L
単球数	<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常 <input type="checkbox"/> 3. 低値		
	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	/ $\mu$ L
血小板	<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常 <input type="checkbox"/> 3. 低値		
	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	$\times 10^4$ / $\mu$ L
CRP	<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常		
	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dL
赤沈	<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常		
	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mm/hr

血清アミロイドA		<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常										
		測定値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	μg/mL						
プロカルシトニン		<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常										
		測定値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ng/mL						
AST	<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常			ALT	<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常							
	測定値	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	IU/L					
LDH	<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常			ALP	<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常 <input type="checkbox"/> 3. 低値							
	測定値	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	IU/L					
CRE	<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常			BUN	<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常							
	測定値	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/dL					
抗核抗体		<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性										
その他陽性自己抗体												
尿検査												
尿潜血		<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性		尿白血球		<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性						
画像診断												
脳・脊髄 MRI・CT 検査		撮影日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日
病変の数		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	か所							
病変の部位 (すべてを選択)		<input type="checkbox"/> 1. 中枢神経病変		<input type="checkbox"/> 2. 慢性髄膜炎		<input type="checkbox"/> 3. 視床・神経節病変						
		<input type="checkbox"/> 4. 脳幹・小脳病変		<input type="checkbox"/> 5. 白質病変		<input type="checkbox"/> 6. 皮質病変						
		<input type="checkbox"/> 7. 脊髄病変		<input type="checkbox"/> 8. 内耳病変		<input type="checkbox"/> 9. 皮質周囲炎						
		<input type="checkbox"/> 10. 静脈洞血		<input type="checkbox"/> 11. 脳萎								
病理診断												
肉芽腫		<input type="checkbox"/> 1. 非乾酪性		<input type="checkbox"/> 2. 類上皮細胞性		<input type="checkbox"/> 3. なし						









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
診断年月日	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ます。）
- ・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。
- ・診断年月日欄には、本臨床調査個人票に記載された内容を診断した日を記載してください。
- ・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。