

189 無脾症候群

■ 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 | *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 | | | |

| | |
|----------|--|
| 社会保障 | |
| 介護認定 | <input type="checkbox"/> 1. 要介護 <input type="checkbox"/> 2. 要支援 <input type="checkbox"/> 3. なし |
| 要介護度 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| 生活状況 | |
| 移動の程度 | <input type="checkbox"/> 1. 歩き回るのに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 寝たきりである |
| 身の回りの管理 | <input type="checkbox"/> 1. 洗面や着替えに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 自分でできない |
| ふだんの活動 | <input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 行うことができない |
| 痛み／不快感 | <input type="checkbox"/> 1. ない <input type="checkbox"/> 2. 中程度ある <input type="checkbox"/> 3. ひどい |
| 不安／ふさぎ込み | <input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. 中程度 <input type="checkbox"/> 3. ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる |

■ 診断基準に関する事項

A. 症状

| | |
|---|---|
| 以下の症状の先天性心疾患を有する | <input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| <input type="checkbox"/> 両側上大静脈 <input type="checkbox"/> 単心房 <input type="checkbox"/> 共通房室弁 <input type="checkbox"/> 単心室 | |
| <input type="checkbox"/> 心房中隔欠損 <input type="checkbox"/> 心内膜床欠損 <input type="checkbox"/> 肺動脈狭窄 <input type="checkbox"/> 両大血管右室起始症 | |
| <input type="checkbox"/> 総肺静脈還流異常 <input type="checkbox"/> 動脈管開存 <input type="checkbox"/> その他 *その他を選択の場合、以下に記入 | |
| | |

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

| | |
|--|---|
| 1. 胸部エックス線：対称肝を呈する。気管支は両側 eparterial bronchus（肺動脈が気管支と並走する）となる | <input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| 2. 血液像：末梢赤血球に Howell-Jolly 小体を認める | <input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| 3. 心臓カテーテル検査：心房造影による心耳形態（両側右心耳構造）、肺動脈造影により肺動脈と気管支の位置関係（両側 eparterial bronchus）を確認できる | <input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明 |

| | |
|--|---|
| 4. 造影 CT：肺動脈と気管支の位置関係 (両側 eparterial bronchus) を確認できる | <input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| 5. 画像診断で脾臓を認めない | <input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明 |

<診断のカテゴリー>

| | |
|--------------------------------|--|
| Definite：Aを満たし、Bのうち1項目以上を満たすもの | <input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 |
|--------------------------------|--|

症状の概要、経過、特記すべき事項など *250文字以内かつ7行以内

■ 臨床所見

| | |
|--|--|
| 心臓の術後後遺症、合併症または続発症 | |
| <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明 | |
| <input type="checkbox"/> 肺動脈狭窄 (右室 - 肺動脈圧較差 20mmHg 以上) <input type="checkbox"/> 大動脈狭窄 (左室 - 大動脈圧較差 20mmHg 以上) <input type="checkbox"/> 大動脈狭窄 (圧差 20mmHg 以上) <input type="checkbox"/> 房室弁逆流 (2 度以上：三尖弁、僧房弁、共通房室弁) <input type="checkbox"/> 半月弁逆流 (2 度以上：肺動脈弁、大動脈弁) <input type="checkbox"/> 肺高血圧症 (収縮期血圧 40mmHg 以上または平均圧 25mmHg 以上) <input type="checkbox"/> 心筋障害 左室/体心室駆出率 0.6 以下 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 心胸郭比 60%以上 <input type="checkbox"/> その他 | |
| 不整脈ありの場合 | <input type="checkbox"/> 心室期外収縮 <input type="checkbox"/> 多源性なし <input type="checkbox"/> 多源性あり <input type="checkbox"/> 上室頻拍 <input type="checkbox"/> 心室頻拍 <input type="checkbox"/> 心房粗細動 <input type="checkbox"/> 高度房室ブロック (Mobitz II または完全房室ブロック) <input type="checkbox"/> 左脚ブロック |
| その他ありの場合 特記すべき所見 | |

| | |
|--|---|
| 心臓以外の術後後遺症、合併症または続発症 | |
| <input type="checkbox"/> 1. あり | <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| <input type="checkbox"/> 慢性肝障害 | <input type="checkbox"/> 蛋白漏出性胃腸症 (血清アルブミン値 3g/dL 未満) |
| <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 (腎機能低下を認めるもの) | <input type="checkbox"/> 精神発達遅滞 (IQ70 以下) |
| <input type="checkbox"/> 運動麻痺 | <input type="checkbox"/> 症候性てんかん <input type="checkbox"/> その他 |
| 慢性肝障害ありの場合 | <input type="checkbox"/> 肝線維症 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 肝がん |
| その他ありの場合 特記すべき所見 | |

■ 治療その他

| | | |
|---------|--|--|
| 手術 | <input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施 | |
| | <input type="checkbox"/> 短絡手術 | <input type="checkbox"/> その他の姑息術 <input type="checkbox"/> 二心室修復術 |
| | <input type="checkbox"/> フォンタン手術 | <input type="checkbox"/> その他の手術 *その他の手術を選択の場合、以下に記入 |
| | | |
| カテーテル治療 | <input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施 | |
| | 実施の場合 術式 | |

■ 重症度分類に関する事項

NYHA 分類

| | |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> I 度 | 心疾患はあるが身体活動に制限はない。日常的な身体活動では疲労、動悸、呼吸困難、失神あるいは狭心痛 (胸痛) を生じない。 |
| <input type="checkbox"/> II 度 | 軽度から中等度の身体活動の制限がある。安静時または軽労作時には無症状。日常労作のうち、比較的強い労作 (例えば、階段上昇、坂道歩行など) で疲労、動悸、呼吸困難、失神あるいは狭心痛 (胸痛) を生ずる。 |
| <input type="checkbox"/> III 度 | 高度の身体活動の制限がある。安静時には無症状。日常労作のうち、軽労作 (例えば、平地歩行など) で疲労、動悸、呼吸困難、失神あるいは狭心痛 (胸痛) を生ずる。 |
| <input type="checkbox"/> IV 度 | 心疾患のためいかなる身体活動も制限される。心不全症状や狭心痛 (胸痛) が安静時にも存在する。わずかな身体活動でこれらが増悪する。 |

■ 体外式補助人工心臓に関する事項（使用者のみ記入）

| | |
|-------|--|
| 使用の有無 | <input type="checkbox"/> 1. あり |
| 開始時期 | 西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 |

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

| | | | |
|--------|---|--|---|
| 使用の有無 | <input type="checkbox"/> 1. あり | | |
| 開始時期 | 西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 | | |
| 離脱の見込み | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし | | |
| 種類 | <input type="checkbox"/> 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器 | | |
| 施行状況 | <input type="checkbox"/> 1. 間欠的施行 <input type="checkbox"/> 2. 夜間に継続的に施行 <input type="checkbox"/> 3. 一日中施行 <input type="checkbox"/> 4. 現在は未施行 | | |
| 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"/> 部分介助 | <input type="checkbox"/> 軽度介助 <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"/> 部分介助 | <input type="checkbox"/> 軽度介助 <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です。）
- 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。