

096 クロウン病

■ 患者情報

保険情報	保険者番号		被保険者記号	
	被保険者番号		被保険者 個人単位枝番	
	資格取得 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	
氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
以前の登録氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
住所	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"/>		
	都道府県			
	市区町村			
	丁目番地等			
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			
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性			
出生地	都道府県			
	市区町村			

■ 基本情報

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						
発症時期	西暦	<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						
手帳取得状況							
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり（等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級）						
療育手帳	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり						
精神障害者 保健福祉手帳 （障害者手帳）	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり（等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級）						
人工呼吸器等装着者認定基準に該当							
<input type="checkbox"/> 1. する <input type="checkbox"/> 2. しない <input type="checkbox"/> 3. 不明							

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

Definite 1 : 縦走潰瘍または敷石像を有するもの

Definite 2 : 非乾酪性類上皮細胞肉芽腫と消化管の広範囲に認める不整形～類円形潰瘍またはアフタ、または特徴的な肛門病変を有するもの

Definite 3 : 消化管の広範囲に認める不整形～類円形潰瘍またはアフタ、特徴的な肛門病変、特徴的な胃・十二指腸病変すべてを有するもの

Probable 1 : 非乾酪性類上皮細胞肉芽腫と特徴的な胃・十二指腸病変を有するもの

Probable 2 : 縦走潰瘍または敷石像を有するが、潰瘍性大腸炎や腸型ベーチェット病、単純性潰瘍、虚血性腸病変と鑑別ができないもの

Probable 3 : 非乾酪性類上皮細胞肉芽腫のみを有するもの

Probable 4 : 消化管の広範囲に認める不整形～類円形潰瘍またはアフタ、特徴的な肛門病変、特徴的な胃・十二指腸病変のいずれか2つまたは1つのみを有するもの

いずれにも該当しない

A. 検査所見

X 線造影検査	
食道・胃・十二指腸病変	
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	検査日 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
	病変
	<input type="checkbox"/> 1. 縦走潰瘍 <input type="checkbox"/> 2. 敷石像 <input type="checkbox"/> 3. アфта・小潰瘍 <input type="checkbox"/> 4. 裂溝 <input type="checkbox"/> 5. 瘻孔 <input type="checkbox"/> 6. 非連続性病変 <input type="checkbox"/> 7. 狭窄・狭小化 <input type="checkbox"/> 8. 竹の節状外観 <input type="checkbox"/> 9. ノッチ様陥凹
小腸病変	
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	検査日 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
	病変
	<input type="checkbox"/> 1. 縦走潰瘍 <input type="checkbox"/> 2. 敷石像 <input type="checkbox"/> 3. アфта・小潰瘍 <input type="checkbox"/> 4. 裂溝 <input type="checkbox"/> 5. 瘻孔 <input type="checkbox"/> 6. 非連続性病変 <input type="checkbox"/> 7. 狭窄・狭小化

大腸病変		
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	検査日	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
	病変	<input type="checkbox"/> 1. 縦走潰瘍 <input type="checkbox"/> 2. 敷石像 <input type="checkbox"/> 3. アфта・小潰瘍 <input type="checkbox"/> 4. 裂溝 <input type="checkbox"/> 5. 瘻孔 <input type="checkbox"/> 6. 非連続性病変 <input type="checkbox"/> 7. 狭窄・狭小化
内視鏡検査		
食道・胃・十二指腸病変		
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	検査日	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
	病変	<input type="checkbox"/> 1. 縦走潰瘍 <input type="checkbox"/> 2. 敷石像 <input type="checkbox"/> 3. アфта・小潰瘍 <input type="checkbox"/> 4. 裂溝 <input type="checkbox"/> 5. 瘻孔 <input type="checkbox"/> 6. 非連続性病変 <input type="checkbox"/> 7. 狭窄・狭小化 <input type="checkbox"/> 8. 竹の節状外観 <input type="checkbox"/> 9. ノッチ様陥凹
小腸病変		
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	検査日	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
	病変	<input type="checkbox"/> 1. 縦走潰瘍 <input type="checkbox"/> 2. 敷石像 <input type="checkbox"/> 3. アфта・小潰瘍 <input type="checkbox"/> 4. 裂溝 <input type="checkbox"/> 5. 瘻孔 <input type="checkbox"/> 6. 非連続性病変 <input type="checkbox"/> 7. 狭窄・狭小化
大腸病変		
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	検査日	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
	病変	<input type="checkbox"/> 1. 縦走潰瘍 <input type="checkbox"/> 2. 敷石像 <input type="checkbox"/> 3. アфта・小潰瘍 <input type="checkbox"/> 4. 裂溝 <input type="checkbox"/> 5. 瘻孔 <input type="checkbox"/> 6. 非連続性病変 <input type="checkbox"/> 7. 狭窄・狭小化

病理検査（新規）	
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	検査日 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
非乾酪性類上皮細胞肉芽腫の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	検出部位
その他の病理	

B. 鑑別診断

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。 除外できた疾病には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可 <input type="checkbox"/> 2. 除外不可 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 1. 虚血性腸病変 <input type="checkbox"/> 2. 潰瘍性大腸炎 <input type="checkbox"/> 3. 腸結核 <input type="checkbox"/> 4. 腸型ベーチェット病	
<input type="checkbox"/> 5. 単純性潰瘍 <input type="checkbox"/> 6. NSAIDs 潰瘍 <input type="checkbox"/> 7. 感染性腸炎	

■ 重症度分類に関する事項

クローン病 IOIBD スコア	<input type="text"/> <input type="text"/> 点	* 下記の項目で該当するものを各1点とした合計点
<input type="checkbox"/> 1) 腹痛 <input type="checkbox"/> 2) 1日6回以上の下痢あるいは粘血便 <input type="checkbox"/> 3) 肛門部病変 <input type="checkbox"/> 4) 瘻孔 <input type="checkbox"/> 5) その他の合併症 (ぶどう膜炎、虹彩炎、口内炎、関節炎、皮膚症状(結節性紅斑、壊疽性膿皮症)、深部静脈血栓症等)		
<input type="checkbox"/> 6) 腹部腫瘍 <input type="checkbox"/> 7) 体重減少 <input type="checkbox"/> 8) 38℃以上の発熱 <input type="checkbox"/> 9) 腹部圧痛 <input type="checkbox"/> 10) ヘモグロビン 10.0g/dL 以下		

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など *500文字以内

■ その他の事項

病型 (新規)

病型	<input type="checkbox"/> 1. 小腸型	<input type="checkbox"/> 2. 大腸型	<input type="checkbox"/> 3. 小腸大腸型	<input type="checkbox"/> 4. 特殊型	
	上部消化管病変	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	肛門病変	<input type="checkbox"/> 1. あり

発症と経過

近親者の発症者の有無	
クローン病家系内発生	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	ありの場合
	<input type="checkbox"/> 1 親等 <input type="checkbox"/> 1. 親 <input type="checkbox"/> 2. 子 <input type="checkbox"/> 2 親等 <input type="checkbox"/> 1. 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 2. 祖父母 <input type="checkbox"/> 3. 孫 <input type="checkbox"/> 3 親等以上 *3 親等以上を選択の場合、以下に記入
潰瘍性大腸炎家系内発生	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	ありの場合
	<input type="checkbox"/> 1 親等 <input type="checkbox"/> 1. 親 <input type="checkbox"/> 2. 子 <input type="checkbox"/> 2 親等 <input type="checkbox"/> 1. 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 2. 祖父母 <input type="checkbox"/> 3. 孫 <input type="checkbox"/> 3 親等以上 *3 親等以上を選択の場合、以下に記入
生活歴・既往歴	
喫煙	<input type="checkbox"/> 1. 現在の喫煙 <input type="checkbox"/> 2. 過去の喫煙 <input type="checkbox"/> 3. なし <input type="checkbox"/> 4. 不明
虫垂切除歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
(更新) 過去1年間の妊娠 (女性のみ)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし

主要所見

理学所見 (新規)											
身長	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> cm	体重	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> kg		
脈拍	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	回/分	体温	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	度		
罹患部位 (更新は過去6か月間の最重症時)											
年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日
最近の罹患部位	<input type="checkbox"/>	1. 食道	<input type="checkbox"/>	2. 胃	<input type="checkbox"/>	3. 十二指腸	<input type="checkbox"/>	4. 空腸			
	<input type="checkbox"/>	5. 回腸	<input type="checkbox"/>	6. 虫垂	<input type="checkbox"/>	7. 結腸	<input type="checkbox"/>	8. 直腸			
	<input type="checkbox"/>	9. 肛門	<input type="checkbox"/>	10. その他	<input type="checkbox"/>	11. 不明					
	結腸の部位	<input type="checkbox"/>	1. 盲腸	<input type="checkbox"/>	2. 上行	<input type="checkbox"/>	3. 横行				
		<input type="checkbox"/>	4. 下行	<input type="checkbox"/>	5. S状						
主症状 (更新は過去6か月間の最重症時)											
年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日
軟便・下痢回数	<input type="checkbox"/>	1) 6回/日以上	<input type="checkbox"/>	2) 5回/日	<input type="checkbox"/>	3) 4回/日以下	<input type="checkbox"/>	4) 不明			
腹部 自発痛	<input type="checkbox"/>	1. あり	<input type="checkbox"/>	2. なし	肛門病変	<input type="checkbox"/>	1. あり	<input type="checkbox"/>	2. なし		
瘻孔	<input type="checkbox"/>	1. あり	<input type="checkbox"/>	2. なし	腹部腫瘍	<input type="checkbox"/>	1. あり	<input type="checkbox"/>	2. なし		
体重減少	<input type="checkbox"/>	1. あり	<input type="checkbox"/>	2. なし	腹部圧痛	<input type="checkbox"/>	1. あり	<input type="checkbox"/>	2. なし		
38℃以上の発熱	<input type="checkbox"/>	1. あり	<input type="checkbox"/>	2. なし							

合併症（新規）	
腸管合併症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	種類 <input type="checkbox"/> 1. 狭窄、閉塞 <input type="checkbox"/> 2. 瘻孔 <input type="checkbox"/> 3. 膿瘍（腹腔内、後腹膜） <input type="checkbox"/> 4. 出血 <input type="checkbox"/> 5. 穿孔 <input type="checkbox"/> 6. 中毒性巨大結腸症 <input type="checkbox"/> 7. 癌・dysplasia <input type="checkbox"/> 8. その他
	癌・dysplasia の部位
	その他の内容
腸管外合併症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	種類 <input type="checkbox"/> 1. 関節症状 <input type="checkbox"/> 2. 皮膚症状 <input type="checkbox"/> 3. 眼症状 <input type="checkbox"/> 4. 原発性硬化性胆管炎 <input type="checkbox"/> 5. 自己免疫性膵炎 <input type="checkbox"/> 6. IgG4 関連疾患 <input type="checkbox"/> 7. 成長障害 <input type="checkbox"/> 8. 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 9. その他

検査所見

血液検査（新規申請時・更新時（過去1年以内）の状態を記載）	
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	検査日 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
白血球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / μ L 総蛋白 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dL
赤血球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> $\times 10^4$ / μ L ヘモグロビン <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dL
アルブミン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dL 血小板 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> $\times 10^4$ / μ L
総コレステロール	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL 赤沈（1時間） <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm/hr
CRP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL

糞便病原性微生物検出（新規）	
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	検査日 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
病原微生物検出	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
IGRA（QFT or TSPOT）	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 判定不能・未実施
	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

治療その他

内科的治療		
内科的治療の実施有無	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
現在の治療	ステロイド	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	種類	<input type="checkbox"/> 1. 内服 <input type="checkbox"/> 2. 点滴静注
	5-ASA 製剤	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	免疫調節薬	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	種類	<input type="checkbox"/> 1) AZA <input type="checkbox"/> 2) 6-MP
	抗 TNF α 抗体製剤	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	ウステキヌマブ	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	ベドリズマブ	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	リサンキズマブ	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	抗菌薬 (シプロフロキサシン)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	抗菌薬 (メトロニダゾール)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
その他の治療	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
薬剤による副作用	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	チオプリン	<input type="checkbox"/> 1. 無顆粒球症 <input type="checkbox"/> 2. その他
	メサラジン	<input type="checkbox"/> 1. アレルギー <input type="checkbox"/> 2. その他
	抗 TNF α 抗体製剤	<input type="checkbox"/> 1. infusion reaction <input type="checkbox"/> 2. 皮膚病変 <input type="checkbox"/> 3. 感染症 <input type="checkbox"/> 4. その他
	ウステキヌマブ	<input type="checkbox"/> 1. infusion reaction <input type="checkbox"/> 2. 皮膚病変 <input type="checkbox"/> 3. 感染症 <input type="checkbox"/> 4. その他
	ベドリズマブ	<input type="checkbox"/> 1. infusion reaction <input type="checkbox"/> 2. 皮膚病変 <input type="checkbox"/> 3. 感染症 <input type="checkbox"/> 4. その他
	リサンキズマブ	<input type="checkbox"/> 1. infusion reaction <input type="checkbox"/> 2. 皮膚病変 <input type="checkbox"/> 3. 感染症 <input type="checkbox"/> 4. その他

血球成分除去療法		<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
栄養療法		IVH	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
			用量 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kcal/日
		経腸	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
			用量 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kcal/日
外科的治療			
申請までに行った治療		<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
		腸管切除	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回
		肛門部手術回数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回
手術理由		<input type="checkbox"/> 1. 腸管狭窄、閉塞 <input type="checkbox"/> 2. 腸管瘻孔（内瘻） <input type="checkbox"/> 3. 腸管瘻孔（外瘻） <input type="checkbox"/> 4. 膿瘍（腹腔内、後腹膜） <input type="checkbox"/> 5. 腸管出血 <input type="checkbox"/> 6. 腸管穿孔 <input type="checkbox"/> 7. 癌・dysplasia <input type="checkbox"/> 8. 内科的治療無効（腸管病変） <input type="checkbox"/> 9. 内科的治療無効（肛門病変） <input type="checkbox"/> 10. その他	
		癌・dysplasia の場合 部位	
		その他の場合	
		手術日・術式	
1回目		術式	<input type="checkbox"/> 1. 小腸部分切除術 <input type="checkbox"/> 2. 回盲部切除術 <input type="checkbox"/> 3. 結腸右半切除術 <input type="checkbox"/> 4. 大腸部分切除術 <input type="checkbox"/> 5. 直腸切断術 <input type="checkbox"/> 6. 狭窄形成術 <input type="checkbox"/> 7. 吻合部切除術 <input type="checkbox"/> 8. 人工肛門造設術 <input type="checkbox"/> 9. 肛門手術 <input type="checkbox"/> 10. その他 <input type="checkbox"/> 11. 詳細不明
		手術日	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
2回目		術式	<input type="checkbox"/> 1. 小腸部分切除術 <input type="checkbox"/> 2. 回盲部切除術 <input type="checkbox"/> 3. 結腸右半切除術 <input type="checkbox"/> 4. 大腸部分切除術 <input type="checkbox"/> 5. 直腸切断術 <input type="checkbox"/> 6. 狭窄形成術 <input type="checkbox"/> 7. 吻合部切除術 <input type="checkbox"/> 8. 人工肛門造設術 <input type="checkbox"/> 9. 肛門手術 <input type="checkbox"/> 10. その他 <input type="checkbox"/> 11. 詳細不明
		手術日	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

	3回目	手術日	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
		術式	<input type="checkbox"/> 1. 小腸部分切除術 <input type="checkbox"/> 2. 回盲部切除術 <input type="checkbox"/> 3. 結腸右半切除術 <input type="checkbox"/> 4. 大腸部分切除術 <input type="checkbox"/> 5. 直腸切断術 <input type="checkbox"/> 6. 狭窄形成術 <input type="checkbox"/> 7. 吻合部切除術 <input type="checkbox"/> 8. 人工肛門造設術 <input type="checkbox"/> 9. 肛門手術 <input type="checkbox"/> 10. その他 <input type="checkbox"/> 11. 詳細不明											
内視鏡的 狭窄拡張術		<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし												
		実施日	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

■ 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"/> 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												
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。

■ 行政記載欄

担当自治体				
受理日	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	
公費負担者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
認定結果	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 不認定			
研究同意の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
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"/>			
有効期限	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	
階層区分	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 上位所得 <input type="checkbox"/> その他			
軽症者登録	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
保険情報	保険者番号	<input type="text"/>	被保険者記号	<input type="text"/>
	被保険者番号	<input type="text"/>	被保険者 個人単位枝番	<input type="text"/>
	資格取得 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