

## 267 高 IgD 症候群

## ■ 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<br>個人単位枝番  |                   |
|         | 資格取得<br>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<br>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）<br><input type="checkbox"/> 5. 同胞（女性） <input type="checkbox"/> 6. 祖父（父方） <input type="checkbox"/> 7. 祖母（父方）<br><input type="checkbox"/> 8. 祖父（母方） <input type="checkbox"/> 9. 祖母（母方） <input type="checkbox"/> 10. いとこ<br><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<br><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<br><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<br><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<br><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<br><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<br>保健福祉手帳<br>（障害者手帳）  | <input type="checkbox"/> 1. なし<br><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 |   |                            |                            |                            |                            |                      |   |



■ 重症度分類に関する事項

|   |  |
|---|--|
| 重症例：以下の(1)、(2)、(3)のいずれかを満たす場合   |  |
| (1)発熱発作頻回例：以下の3項目を満たす発熱発作を年4回以上認める  | <input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明  |
| <input type="checkbox"/> a. 当該疾病が原因となるCRP上昇を伴う38.0℃以上の発熱を認める<br><input type="checkbox"/> b. 上記aの際に感染症やその他の原因による発熱を除外することができる<br><input type="checkbox"/> c. 発作と発作の間には少なくとも24時間以上の無発熱期間がある   |  |
| (2)炎症持続例：以下の2項目を満たす   | <input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明  |
| <input type="checkbox"/> a. 当該疾病が原因となり、少なくとも2か月に1回施行した血液検査においてCRP 1mg/dL以上、または血清アミロイドが10 µg/mL以上の炎症反応陽性を常に認める<br><input type="checkbox"/> b. 上記aの際に感染症やその他の原因による発熱を除外することができる   |  |
| (3)合併症併発例：以下の3項目のいずれかを満たす   | <input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明  |
| <input type="checkbox"/> a. 活動性関節炎合併例：当該疾病が原因となり、1か所以上の関節の腫脹、圧痛を認め、関節エコーまたはMRIにおいて関節滑膜の炎症所見を認める<br><input type="checkbox"/> b. 関節拘縮合併例：当該疾病が原因となり、1か所以上の関節の拘縮を認め、身の回り以外の日常生活動作の制限を認める<br><input type="checkbox"/> c. アミロイドーシス合併例：当該疾病が原因となり、アミロイドーシスの合併を認める |  |
| 血液検査  |  |
| CRP 上昇  | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明    測定値 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL |
|   | 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                            |

■ 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

ア. 症状

|          |                                |                                |                                |
|----------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 発作時の皮疹   | <input type="checkbox"/> 1. あり | <input type="checkbox"/> 2. なし | <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| 発作時の腹部症状 | <input type="checkbox"/> 1. あり | <input type="checkbox"/> 2. なし | <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| 発作時の関節症状 | <input type="checkbox"/> 1. あり | <input type="checkbox"/> 2. なし | <input type="checkbox"/> 3. 不明 |

イ. 臨床検査

|           |  |    |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |
|-----------|--|----|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|
| 血液検査      |  |    |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |   |                      |                      |
| 血清 IgD 高値 | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明 |    |                      | 測定値                  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | mg/dL                |   |                      |                      |
|           | 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"/> |

■ 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"/>                                       |
| 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<br><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<br><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<br><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<br><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<br><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<br>個人単位枝番  | <input type="text"/>  |
|         | 資格取得<br>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 |