

129 痙攣重積型(二相性)急性脳症

■ 行政記載欄

受給者番号		判定結果	☐ 認定 ☐ 不認定
-------	---	------	--

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号								
住所								
生年月日	西暦		年		月		日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	☐ 1. 男 ☐ 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	☐ 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 *11 を選択の場合、以下に記入							
	続柄							
発症年月	西暦		年		月			

社会保障	
介護認定	☐ 1. 要介護 ☐ 2. 要支援 ☐ 3. なし
要介護度	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
生活状況	
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

■ 診断基準に関する事項

A. 症状

① 小児で、感染症の有熱期に発症する ※頭部外傷など他の誘因にもとづくものおよび脳炎は除外する	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
② 発熱当日または翌日にけいれん（early seizure、多くはけいれん重積）で発症	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
③ 3～7病日に以下a. ないしb.	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
☐ a. けいれん（late seizure、多くは部分発作の群発）の再発 ☐ b. 意識障害の増悪	
④ 3～14病日に拡散強調画像で以下a. ないしb. に高信号を認める	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
☐ a. 皮質下白質(bright tree appearance) ☐ b. 皮質	
⑤ 2週以降、前頭部、前頭・頭頂部（中心溝周囲はしばしばスケアされる）にCT、MRIで残存病変ないし萎縮を、またはSPECTで血流低下を認める	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明

<診断のカテゴリー>

Aの①②を満たし、さらに③④⑤のいずれかを満たす	☐ 1. 該当 ☐ 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

感染症の種別	☐ 突発性発疹または HHV6/7 感染症 ☐ インフルエンザ		
	☐ その他の感染症 *その他の感染症を選択の場合、以下に記入		
発症前の基礎疾患	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明		
	ありの場合	疾患名	

■ 重症度分類に関する事項

Pediatric Cerebral Performance Category Scale

臨床所見	分類	スコア
年齢相応で正常 就学児では通常学級レベル	正常	☐ 1
意識清明、年齢相当のやり取りが可能 就学児では通常学級レベルも、年齢相当ではない学年であるかもしれない 軽度の神経学的障害	軽度障害	☐ 2
意識あり 年齢相当の自立した日常生活が十分可能な脳機能 就学児では特別支援学級レベル 学習の問題があるかもしれない	中等度障害	☐ 3
意識あり 脳機能障害のため日常生活における支援が必要	重度障害	☐ 4
脳死基準を満たさないあらゆるレベルの意識障害 見た目に覚醒していても、環境への反応がなく意識障害がある 脳の無反応 脳機能の証拠がなく、言語刺激に反応しない 反射、自発的な開眼、睡眠・覚醒リズムがある場合がある	昏睡、植物状態	☐ 5
無呼吸または 反射消失または 平坦脳波	脳死	☐ 6

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

使用の有無	☐ 1. あり		
開始時期	西暦 年 月		
離脱の見込み	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
種類	☐ 1. 気管切開孔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	☐ 自立	☐ 部分介助 ☐ 全介助
	車椅子とベッド間の移動	☐ 自立 ☐ 軽度介助 ☐ 部分介助 ☐ 全介助	
	整容	☐ 自立	☐ 部分介助/不可能
	トイレ動作	☐ 自立	☐ 部分介助 ☐ 全介助
	入浴	☐ 自立	☐ 部分介助/不可能
	歩行	☐ 自立 ☐ 軽度介助 ☐ 部分介助 ☐ 全介助	
	階段昇降	☐ 自立	☐ 部分介助 ☐ 不能
	着替え	☐ 自立	☐ 部分介助 ☐ 全介助
	排便コントロール	☐ 自立	☐ 部分介助 ☐ 全介助
	排尿コントロール	☐ 自立	☐ 部分介助 ☐ 全介助

医療機関名												
指定医番号												
医療機関所在地												
電話番号												
	*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					年			月			日
診断年月日	西暦					年			月			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。