

330-2 先天性気管狭窄症／先天性声門下狭窄症
(先天性声門下狭窄症)

■ 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. 気道狭窄による呼吸困難の症状がある	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
☐ チアノーゼ発作 ☐ 無呼吸発作	
2. 二次性ではない	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
3. その他の症状	
☐ 喘鳴 ☐ 陥没呼吸 ☐ 発声困難 ☐ 反復する呼吸器感染 ☐ 栄養障害に伴う精神運動発達遅延 ☐ 聴力障害	
4. 合併症	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
☐ 手術後の肉芽形成 ☐ 手術後の再狭窄 ☐ 慢性肺障害 ☐ 気管支喘息 ☐ 逆流性食道炎	

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

1. 頸部の以下のいずれかの検査で輪状軟骨に一致した声門下に狭窄を認める	☐ 1. 該当	☐ 2. 非該当	☐ 3. 不明
☐ 単純X線撮影（気道条件）	☐ 内視鏡検査	☐ 3D-CT	
2. その他の検査所見	☐ 1. 該当	☐ 2. 非該当	☐ 3. 不明
☐ 輪状軟骨の形成異常（ ☐ 過形成）			

<診断のカテゴリー>

Definite：Aの1、2、Bの1を全て満たす	☐ 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

■ 治療その他

薬物療法				
ステロイド	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施			
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明		
その他	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施			
	薬物名			
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明		
その他の治療				
酸素療法	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施			
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明		
気管挿管	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施			
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明		

バルーン拡張	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施			
	治療効果	☐ 1. 改善	☐ 2. 不変	☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明
ステント留置	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施			
	治療効果	☐ 1. 改善	☐ 2. 不変	☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明
人工呼吸管理	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施			
	治療効果	☐ 1. 改善	☐ 2. 不変	☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明
気管切開管理	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施			
	治療効果	☐ 1. 改善	☐ 2. 不変	☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明
手術	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施			
	方法	☐ 気管形成（輪状軟骨前方切開術） ☐ 気管形成（自家肋軟骨移植） ☐ 切除、気道再建 ☐ その他		
	治療効果	☐ 1. 改善	☐ 2. 不変	☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明
その他	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施			
	治療名			
	治療効果	☐ 1. 改善	☐ 2. 不変	☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明

■ 重症度分類に関する事項

modified Rankin Scale (mRS)

☐ 0. まったく症候がない ☐ 1. 症候はあっても明らかな障害はない（日常の勤めや活動は行える） ☐ 2. 軽度の障害 （発症以前の活動がすべて行えるわけではないが、自分の身の回りのことは介助なしに行える） ☐ 3. 中等度の障害（何らかの介助を必要とするが、歩行は介助なしに行える） ☐ 4. 中等度から重度の障害（歩行や身体的要求には介助が必要である） ☐ 5. 重度の障害（寝たきり、失禁状態、常に介護と見守りを必要とする）

呼吸

- ☐ 0. 症候なし
- ☐ 1. 肺活量の低下などの所見はあるが、社会生活・日常生活に支障ない
- ☐ 2. 呼吸障害のために軽度の息切れなどの症状がある
- ☐ 3. 呼吸症状が睡眠の妨げになる、あるいは着替えなどの日常生活動作で息切れが生じる
- ☐ 4. 喀痰の吸引あるいは間欠的な換気補助装置使用が必要
- ☐ 5. 気管切開あるいは継続的な換気補助装置使用が必要

■ 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

生活状況	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。