

019-04 ライソゾーム病
(GM1 ガングリオシドーシス)

■ 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

診断

病型	☐ 1. 乳児型 ☐ 2. 若年型 ☐ 3. 成人型
----	---

A. 主要所見

理学所見	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施			
	実施日	西暦 年 月		
	身長	cm	体重	kg
	脈拍	回/分	体温	. 度
	拡張期血圧	mmHg	収縮期血圧	mmHg
特徴的な顔つき	☐ 1. あり ☐ 2. なし	低身長	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
骨関節異常	☐ 1. あり ☐ 2. なし	被角血管腫	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
肝脾腫	☐ 1. あり ☐ 2. なし	臍ヘルニア	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
心雑音	☐ 1. あり ☐ 2. なし	心肥大	☐ 1. あり ☐ 2. なし	

角膜混濁	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
白内障	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
	部位	☐ 1. 右 ☐ 2. 左 ☐ 3. 両側	
cherry red spot	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
	部位	☐ 1. 右 ☐ 2. 左 ☐ 3. 両側	
咳嗽・喀痰	☐ 1. あり ☐ 2. なし	筋緊張低下	☐ 1. あり ☐ 2. なし
筋緊張亢進	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
	種類	☐ 1. 痙縮 ☐ 2. 強剛	
筋萎縮・筋力低下	☐ 1. あり ☐ 2. なし	痙攣	☐ 1. あり ☐ 2. なし
ミオクローヌス	☐ 1. あり ☐ 2. なし	ジストニア	☐ 1. あり ☐ 2. なし
小脳失調	☐ 1. あり ☐ 2. なし	眼球運動障害	☐ 1. あり ☐ 2. なし
精神運動発達遅滞	☐ 1. あり ☐ 2. なし	退行	☐ 1. あり ☐ 2. なし
行動異常	☐ 1. あり ☐ 2. なし	精神症状	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明
知能障害	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	易感染性	☐ 1. あり ☐ 2. なし

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

1. 酵素活性の低下	
β-galactosidase の活性低下	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 未実施
	活性値
	単位記入
	正常値 (自)
	(至)
	検体
	☐ 1. 白血球 ☐ 2. 培養皮膚線維芽細胞 ☐ 3. その他
実施日 西暦 年 月	
2. その他の補助診断情報	
骨髄における泡沫細胞	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 未実施

C. 遺伝学的検査

遺伝子検査の実施	☐ 1. 実施 ☐ 2. 非実施
☐ β-galactosidase 遺伝子	

D. 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。		☐ 1. 全て除外可 ☐ 2. 除外不可 ☐ 3. 不明
乳幼児期発症例	☐ 1. その他の先天性代謝異常症 ☐ 2. 先天奇形症候群	
成人発症例	☐ 1. 脊髄小脳変性症 ☐ 2. 運動ニューロン疾患 ☐ 3. 精神疾患	

<診断のカテゴリー>

Definite : B-1 またはCの遺伝子変異を認め、Dの全疾病を除外できる なお、B-2 はDefinite の参考とする	☐ 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

骨髄移植	
実施有無	☐ 1. あり ☐ 2. なし
治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明
実施時期	西暦 年 月
実施施設	
その他の疾患特異的治療	
実施有無	☐ 1. あり ☐ 2. なし
治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明
実施期間（自）	西暦 年 月
実施期間（至）	西暦 年 月
内容	
栄養と呼吸	
鼻腔栄養	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施
	導入日 西暦 年 月 日
胃瘻	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施
	導入日 西暦 年 月 日

■ 重症度分類に関する事項

ライソゾーム病の重症度 ：以下のいずれかに該当する	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
乳幼児型	☐ 1. ほぼ月齢（年齢）相当の活動可能 ☐ 2. 月齢（年齢）に比し、軽度の遅れ ☐ 3. 中等度の遅れ（DQ＝35～50） ☐ 4. 高度の遅れ（DQ＜35） ☐ 5. 寝たきり、医療的ケアが必要
若年・成人型	☐ 1. 就労（就学）可能 ☐ 2. 就労（就学）不能、日常生活自立 ☐ 3. 部分介助（食事、入浴、着脱） ☐ 4. 全介助、入院、入所が必要 ☐ 5. 寝たきり、医療的ケアが必要

■ 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
	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

- ・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。
- ・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。