

この書類は臨床調査個人票として使用できません。  
更新用の臨床調査個人票を作成の際はこちらの注意事項を御確認の上、記載をお願いいたします。

臨床調査個人票

記載上の注意  
(各疾患共通)

新規  更新

097 潰瘍性大腸炎  
(例として潰瘍性大腸炎の様式を使用しています)

更新欄に☑をお願いいたします。

■ 行政記載欄

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"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	---	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)	<input type="text"/>	名 (かな)	<input type="text"/>	
姓 (漢字)	<input type="text"/>	名 (漢字)	<input type="text"/>	
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"/> <input type="text"/>			
住所	<input type="text"/>			
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	*以降、数字は右詰めで記入		
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女			
出生市区町村	<input type="text"/>			
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)	<input type="text"/>	名 (かな)	<input type="text"/>
	姓 (漢字)	<input type="text"/>	名 (漢字)	<input type="text"/>
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明			
	続柄	<input type="text"/>		
発症年月	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月			

難病指定医様

①申請される疾患により様式が異なります。  
難病情報センターHP等より、  
該当疾患の様式をダウンロードしてください。

②臨床調査個人票作成の際は、  
以降の「記載上の注意」を御確認ください。

<難病情報センター>  
で検索していただくか、  
左記のQRコードを御利  
用ください。



太枠の項目は更新申請時は  
記載不要です。

細枠の項目は新規・更新ともに  
記載必須です。

4. 糞便病原性微生物検出	
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
病原性微生物 検出	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし

**C. 鑑別診断 (新規申請時のみ記載)**

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可	<input type="checkbox"/> 2. 除外不可
1. 感染性腸炎 (・細菌性赤痢    ・アメーバ性大腸炎    ・サルモネラ腸炎    ・キャンピロバクター腸炎 ・大腸結核      ・クラミジア腸炎      ・日本住血吸虫症など)		
2. クロウン病	3. 放射線照射性大腸炎	4. 薬剤性大腸炎
5. リンパ濾胞増殖症	6. 虚血性大腸炎	7. 腸型バーチエット

**■ <診断のカテゴリー> (新規時・更新時ともに記載必須)**

<input type="checkbox"/> Definite 1: A-1のほか、B-1 (iまたはii) またはB-2 (i ~ v)、およびB-3の活動期または	重症度分類に関する事項は、直近6か月以内の最重症時の判定日で必ず記載してください。  なお、軽症の方は軽症者特例制度に該当しない場合、不承認となる可能性があります。
<input type="checkbox"/> Definite 2:	
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない	

**■ 重症度分類に関する事項 (直近6か月間の最重症時の状態)**

潰瘍性大腸炎の重症度分類	
重症度判定日	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
<input type="checkbox"/> 1. 軽症	<input type="checkbox"/> 2. 中等症 <input type="checkbox"/> 3. 重症 <input type="checkbox"/> 4. 劇症

**A. 主要所見/臨床症状 (直近6か月間の最重症時の状態)**

1. 理学所見	
脈拍	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回/分      体温 <input type="text"/> <input type="text"/> 度
2. 臨床症状	
排便回数	<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

重症度分類に関する事項の関連項目は、  
全て記載いただき、重症度判定との整合性  
を確認してください。

便の性状	出血	<input type="checkbox"/> 1. (+++) 以上	<input type="checkbox"/> 2. (++)	<input type="checkbox"/> 3. (+) ~ (-)
	性状	<input type="checkbox"/> 1. 水様	<input type="checkbox"/> 2. 泥状	<input type="checkbox"/> 3. 軟便 <input type="checkbox"/> 4. 有形
腹部 自発痛	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
a) 発熱 (37.5℃以上)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
b) 頻脈 (90/分以上)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
c) 貧血 (ヘモグロビン 10g/dL 以下)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
d) 赤沈 (30mm/h 以上)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
e) 劇症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			

**B. 検査所見** \*小数点も1文字として記入する

1. 血液検査 (直近6か月間の最重症時の状態)

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"/> <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"/> / $\mu$ 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"/> $\times 10^4$ / $\mu$ L	アルブミン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dL
ヘモグロビン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dL	CRP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
血小板	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> $\times 10^4$ / $\mu$ L	赤沈 (1 時間)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm/hr

重症度判定に関連する検査項目は、直近6か月以内のものを記載してください。

■ その他の臨床情報

A. 発症と経過

1. 理学所見 (直近6か月間の最重症時の状態)

身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	体重	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2. 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		

重症度分類に関する事項の関連項目は、全て記載いただき、重症度判定との整合性を確認してください。

生活状況	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"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 軽度介助 <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

■ 特記事項（その他の所見等がある場合に記載） \*250文字以内かつ7行以内

特記事項がある場合は御記入をお願いいたします。  
 例) 前回申請時との変化  
 重症度判定に必要な検査を受けられなかった理由等

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"/> <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"/>	*ハイフンを除き、左詰めで記入	
医師の氏名	<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"/> <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"/>		
記載年月日	西暦	<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"/> <input type="text"/>

指定医番号には有効期間があります。必ず現在指定を受けている指定医番号を記載してください。

S,T,Cいずれかのアルファベットが入ります。

- ・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。
- ・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。

インターネット環境等の理由により、臨床調査個人票の様式がダウンロードできない場合は、

- ①指定医氏名
- ②医療機関名
- ③臨床調査個人票が必要な疾患名（疾患番号）

を下記のメールアドレスまで御連絡ください。

滋賀県庁 健康寿命推進課 難病・小児疾病係  
[eg0003@pref.shiga.lg.jp](mailto:eg0003@pref.shiga.lg.jp)