

289 クロンカイト・カナダ症候群

■ 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 個人単位枝番	
	資格取得 年月日	西暦	年 月 日	*以降、数字は 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	-		
	都道府県			
	市区町村			
	丁目番地等			
生年月日	西暦	年 月 日		
性別	☐ 男性 ☐ 女性			
出生地	都道府県			
	市区町村			

■ 基本情報

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	
発症時期	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	
手帳取得状況		
身体障害者手帳	☐ 1. なし ☐ 2. あり（等級 ☐ 1 級 ☐ 2 級 ☐ 3 級 ☐ 4 級 ☐ 5 級 ☐ 6 級）	
療育手帳	☐ 1. なし ☐ 2. あり	
精神障害者 保健福祉手帳 （障害者手帳）	☐ 1. なし ☐ 2. あり（等級 ☐ 1 級 ☐ 2 級 ☐ 3 級）	
人工呼吸器等装着者認定基準に該当		
☐ 1. する ☐ 2. しない ☐ 3. 不明		

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

- ☐ Definite 1 (確定診断) : A. 主要所見の3つ全てを認める場合
- ☐ Definite 2 (確定診断) : A-1を含むA. 主要所見が2つあり、B. 参考所見の4. あるいは、Bの6. と7. を認める場合
- ☐ Possible (疑診) : A. 主要所見の1. があり、上記以外の組み合わせで主要所見や参考所見のうちいくつかの項目を認める場合
- ☐ いずれにも該当しない

A. 主要所見

1. 胃腸管の多発性非腫瘍性ポリポーシスが見られる。 とくに胃・大腸のポリポーシスが見られ、非遺伝性である。(必須項目)	☐ 1. 該当	☐ 2. 非該当	☐ 3. 不明
2. 慢性下痢を主徴とする消化器症状が見られる	☐ 1. 該当	☐ 2. 非該当	☐ 3. 不明
3. 特徴的皮膚症状 (Triad) が見られる (脱毛、爪甲萎縮、皮膚色素沈着)	☐ 1. 該当	☐ 2. 非該当	☐ 3. 不明

B. 参考所見

4. 蛋白漏出をともなう低蛋白血症 (低アルブミン血症) が見られる	☐ 1. 該当	☐ 2. 非該当	☐ 3. 不明
5. 味覚障害あるいは体重減少・栄養障害が見られる	☐ 1. 該当	☐ 2. 非該当	☐ 3. 不明
6. 内視鏡的特徴：消化管の無茎性びまん性のポリポーシスを特徴とする	☐ 1. 該当	☐ 2. 非該当	☐ 3. 不明
	☐ 胃 (粘膜浮腫をともなう境界不鮮明な隆起)	☐ 大腸 (イチゴ状の境界鮮明なポリープ様隆起)	
7. 組織学的特徴：過誤腫性ポリープ (hamartomatous polyps (juvenile-like polyps)) 粘膜固有層を主座に、腺の嚢状拡張、粘膜の浮腫と炎症細胞浸潤をともなう炎症像介在粘膜にも炎症／浮腫を認める	☐ 1. 該当	☐ 2. 非該当	☐ 3. 不明

■ 重症度分類に関する事項

アルブミン値 3.0g/dL 以下の低アルブミン血症	☐ 1. 該当	☐ 2. 非該当	☐ 3. 不明
----------------------------	--------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

■ 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

合併症

合併症	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明
☐ 胃癌の合併 ☐ 大腸癌の合併 ☐ その他の合併症 *その他の合併症を選択の場合、以下に記入	

治療その他 *小数点も1文字として記入し、以降の数値ボックスについては全て同様に記載する

治療	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施 ☐ 3. 不明
過去1年間のステロイド投与	☐ 1. あり ☐ 2. なし 初期投与量 mg
ステロイドの有効性	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明
その他の治療	

■ 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												
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。

■ 行政記載欄

担当自治体												
受理日	西暦				年			月			日	
公費負担者番号												
認定結果	☐ 認定 ☐ 不認定											
研究同意の有無	☐ 有 ☐ 無											
受給者番号												
有効期限	西暦					年			月			日
階層区分	☐ 生活保護 ☐ 低所得Ⅰ ☐ 低所得Ⅱ ☐ 一般所得Ⅰ ☐ 一般所得Ⅱ ☐ 上位所得 ☐ その他											
軽症者登録	☐ 有 ☐ 無											
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 個人単位枝番						
	資格取得 年月日	西暦					年			月		