

305 遅発性内リンパ水腫

■ 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 : A. 症状の 4 項目 + B. 検査所見の 1～4 を満たし C. 鑑別すべき疾患を除外したもの
- ☐ Probable : A. 症状の 4 項目 + B. 検査所見の 1. と 4. を満たすが 2. と 3. を満たさず、
C. 鑑別すべき疾患を除外したもの
- ☐ いずれにも該当しない

A. 症状

1. 片耳または両耳が高度難聴ないし全聾	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
片耳または両耳が高度難聴または全聾の原因	
☐ 原因不明 (☐ 5 歳未満で発症 ☐ 5 歳以上で発症 ☐ 発症時期不明) ☐ 突発性難聴 ☐ ムンプス (流行性耳下腺炎) ☐ 中耳炎 ☐ アミノ配糖体系抗生物質 ☐ 髄膜炎 ☐ 手術 ☐ 麻疹 ☐ 高熱 ☐ 頭部外傷 ☐ 内耳奇形 ☐ メニエール病	
2. 難聴発症より数年～数十年経過した後に、 発作性の回転性めまい (時に浮動性) を反復する	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
難聴発症より回転性めまい発症までの期間	
☐ 10 年未満 ☐ 10 年以上 20 年未満 ☐ 20 年以上 30 年未満 ☐ 30 年以上 40 年未満 ☐ 40 年以上 50 年未満 ☐ 50 年以上 60 年未満 ☐ 60 年以上	
3. めまい発作に伴って聴覚症状が変動しない	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
4. 第 VIII 脳神経以外の神経症状がない	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明

B. 検査所見

1. 純音聴力検査において片耳または両耳が高度感音難聴 ないし全聾を認める	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
2. 平衡機能検査において難聴耳に半規管麻痺を認める	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
3. 平衡機能検査においてめまい発作に関連して水平性または 水平回旋混合性眼振や体平衡障害などの内耳前庭障害の 所見を認める	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
4. 神経学的検査においてめまいに関連する第 VIII 脳神経以外の 障害を認めない	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明

以下の疾病を鑑別し、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
☐ 中耳炎性内耳炎によるめまい ☐ 内耳梅毒 ☐ 神経血管圧迫症候群などの内耳・後迷路性めまい疾患 ☐ めまいを伴う突発性難聴 ☐ 良性発作性頭位めまい症	☐ 外リンパ瘻 ☐ 聴神経腫瘍 ☐ 小脳、脳幹を中心とした中枢性めまい疾患 ☐ メニエール病 ☐ 前庭神経炎

■ 重症度分類に関する事項

A：平衡障害・日常生活の障害

☐ 0 点：正常

☐ 1 点：可逆性の平衡障害（日常活動が時に制限される）

☐ 2 点：不可逆性の軽度平衡障害（日常活動がしばしば制限される）

☐ 3 点：不可逆性の高度平衡障害（日常活動が常に制限される）

☐ 4 点：不可逆性の両側性高度平衡障害（日常活動が常に制限され、暗所での起立や歩行が困難）

B：聽覺障害

☐ 0点：正常

☐ 1点：可逆的（低音部に限局した難聴）

☐ 2点：不可逆的（高音部の不可逆性難聴）

☐ 3点：高度進行（中等度以上の不可逆性難聴）

☐ 4点：両側性高度進行（中等度以上の両側性不可逆性難聴）

C：病態の進行度

- ☐ 0点：生活指導のみで経過観察を行う
- ☐ 1点：可逆性病変に対して保存的治療を必要とする
- ☐ 2点：保存的治療によっても不可逆性病変が進行する
- ☐ 3点：保存的治療に抵抗して不可逆性病変が高度に進行し、侵襲性のある治療を検討する
- ☐ 4点：不可逆性病変が高度に進行して後遺症を認める

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など *500 文字以内

--



■ 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		