

306 好酸球性副鼻腔炎

■ 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：JESREC スコアの合計が 11 点以上を示し、 鼻茸組織中好酸球数（400 倍視野：視野数 22）が 70 個以上 存在した場合	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当
---	--

A. 診断基準：JESREC スコア *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

①病側：両側	☐ 1. 該当（3 点） ☐ 2. 非該当（0 点） ☐ 3. 不明（0 点）
②鼻茸あり	☐ 1. 該当（2 点） ☐ 2. 非該当（0 点） ☐ 3. 不明（0 点）
③CT にて篩骨洞優位の陰影あり	☐ 1. 該当（2 点） ☐ 2. 非該当（0 点） ☐ 3. 不明（0 点）
④末梢血好酸球（%）	☐ 1) 2 より大かつ 5 以下（4 点） ☐ 2) 5 より大かつ 10 以下（8 点） ☐ 3) 10 より大（10 点）
	%
合計	点

B. 検査所見

鼻茸生検 接眼レンズ：22、400 倍視野で顕鏡	
検査実施	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施
	実施日 西暦 年 月 日
生検結果 (3 視野測定の平均値)	視野 1 個
	視野 2 個
	視野 3 個
	平均値 個

■ 重症度分類に関する事項

1) CT 所見、末梢血好酸球率及び合併症の有無による指標での分類

☐ 軽症 （A 項目陽性 1 項目以下＋B 項目合併なし）
☐ 中等症（A 項目ともに陽性＋B 項目合併なし、あるいは、A 項目陽性 1 項目以下＋B 項目 いずれかの合併あり）
☐ 重症 （A 項目ともに陽性＋B 項目いずれかの合併あり）

(指標の分類基準)

A項目	
①末梢血好酸球が 5%以上	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
	末梢血好酸球 %
②CT にて篩骨洞優位の陰影が存在する	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
B項目	
①気管支喘息	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
②アスピリン不耐症	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
③NSAID アレルギー	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明

2) 好酸球性中耳炎を合併している場合 (該当であれば重症とする)

大項目の 1 項目と小項目の 2 項目以上を 満たし、鑑別疾病が除外できる	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
--	---

(好酸球性中耳炎診断項目)

大項目	
中耳貯留液中に好酸球が存在する 滲出性中耳炎または慢性中耳炎	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
小項目	
(1) にかわ状の中耳貯留液	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
(2) 抗菌薬や鼓膜切開など、 ステロイド投与以外の治療に抵抗性	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
(3) 気管支喘息の合併	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
(4) 鼻茸の合併	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
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
☐ 好酸球性肉芽腫性多発血管炎	☐ 好酸球増多症候群

■ 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

発症と経過

これまで受けた鼻の手術回数	回		
	手術を受けた年齢	第1回目	歳
		第2回目	歳
		第3回目	歳

■ 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		