

168-1 エーラス・ダンロス症候群（古典型エーラス・ダンロス症候群）

■ 基本情報

氏名			
姓(漢字)	名(漢字)		
姓(かな)	名(かな)		
住所			
郵便番号	住所		
生年月日等			
生年月日	西暦	年 月 日	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(漢字)	名(漢字)	
	姓(かな)	名(かな)	
家族歴			
近親者の発症者の有無	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()		
両親の近親結婚	1.あり 2.なし 3.不明 詳細:		
発病時の状況			
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.いづらか問題がある 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.いづらか問題がある 3.自分でできない		
ふだんの活動	1.問題はない 2.いづらか問題がある 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

症状の概要、経過、特記すべき事項など

--

A. 症状（該当する項目に☑を記入する）

大基準	
<input type="checkbox"/> 皮膚過伸展性 <input type="checkbox"/> 萎縮性癍痕 <input type="checkbox"/> 関節過動性	
皮膚過伸展性（前腕皮膚過伸展テスト）のスコア	
<input type="checkbox"/> 0点 (3.0cm未満) <input type="checkbox"/> 1点 (3.0cm以上-4.0cm未満) <input type="checkbox"/> 2点 (4.0cm以上-5.0cm未満) <input type="checkbox"/> 3点 (5.0cm以上)	
萎縮性癍痕のスコア	
<input type="checkbox"/> 0点 (なし) <input type="checkbox"/> 1点 (1-2個) <input type="checkbox"/> 2点 (3-5個) <input type="checkbox"/> 3点 (6個以上)	
関節過動性（Beightonによる関節可動性亢進 判定基準）のスコア	
<input type="checkbox"/> 0点 <input type="checkbox"/> 1点 <input type="checkbox"/> 2点 <input type="checkbox"/> 3点 <input type="checkbox"/> 4点 <input type="checkbox"/> 5点 <input type="checkbox"/> 6点 <input type="checkbox"/> 7点 <input type="checkbox"/> 8点 <input type="checkbox"/> 9点	
小基準	
<input type="checkbox"/> スムーズでベルベット様の皮膚 <input type="checkbox"/> 筋緊張低下・運動発達遅滞 <input type="checkbox"/> 外科的合併症（術後ヘルニア）	<input type="checkbox"/> 軟属腫様偽腫瘍 <input type="checkbox"/> 内出血しやすい <input type="checkbox"/> 家族歴
<input type="checkbox"/> 皮下球状物 <input type="checkbox"/> 関節過動性による合併症（捻挫、脱臼、亜脱臼、扁平足）	<input type="checkbox"/> 組織過伸展・脆弱性による合併症（裂孔ヘルニア、脱肛、頸椎不安定性）

B. 遺伝学的検査

遺伝子検査の実施	1. 実施 2. 未実施
実施した場合、変異がある項目に☑を記入する	
☐COL5A1 ☐COL5A2	
備考 ()	

※その他の遺伝子検査を実施した場合や詳細な所見の記載が必要な場合には備考欄に記入する

<診断のカテゴリー> (該当する項目に☑を記入する)

<input type="checkbox"/> 確定診断：A症状の大基準のうち2項目を有することより古典型エーラス・ダンロス症候群を疑い、Bに該当する
<input type="checkbox"/> 臨床診断：A症状の大基準を全て認める

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に☑を記入する)

NYHA 分類

<input type="checkbox"/> I度	心疾患はあるが身体活動に制限はない。日常的な身体活動では疲労、動悸、呼吸困難、失神あるいは狭心痛（胸痛）を生じない。
<input type="checkbox"/> II度	軽度から中等度の身体活動の制限がある。安静時または軽労作時には無症状。日常労作のうち、比較的強い労作（例えば、階段上昇、坂道歩行など）で疲労、動悸、呼吸困難、失神あるいは狭心痛（胸痛）を生ずる。
<input type="checkbox"/> III度	高度の身体活動の制限がある。安静時には無症状。日常労作のうち、軽労作（例えば、平地歩行など）で疲労、動悸、呼吸困難、失神あるいは狭心痛（胸痛）を生ずる。
<input type="checkbox"/> IV度	心疾患のためいかなる身体活動も制限される。心不全症状や狭心痛（胸痛）が安静時にも存在する。わずかな身体活動でこれらが増悪する。

成人例

(1) 先天性心疾患があり、薬物治療・手術によってもNYHA分類でII度以上である	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
(2) (当該疾病が原因となる解離や梗塞などの) 動脈合併症や消化管を含む臓器破裂を1回以上発症した場合	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
(3) 患者の手掌大以上の皮下血腫が年間5回以上出現した場合。(ただし、同じ場所に出現した皮下血腫は一旦消失しないものは1回と数える。また、異所性に出現した場合に同時発症の際は2回まではカウント可。)	1. 該当 2. 非該当 3. 不明

小児例 (18才未満) *小児慢性特定疾病の状態の程度に準じる

エーラス・ダンロス症候群に該当する	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
-------------------	--------------------

■ 体外式補助人工心臓に関する事項 (使用者のみ記入)

使用の有無	1.あり
開始時期	西暦 年 月

■ 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.気管切開口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 整容 入浴 階段昇降 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 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助/不可能 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助/不可能 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 不能 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	車椅子とベッド間の移動 トイレ動作 歩行 着替え 排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助

医療機関名	指定医番号
医療機関所在地	電話番号 ()
医師の氏名	印 記載年月日：平成 年 月 日 ※自筆または押印のこと

- ・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ヵ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27年5月13日健発0513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。