

168-3 エーラス・ダンロス症候群（血管型エーラス・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<br>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)<br>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"/> 動脈破裂      | <input type="checkbox"/> 腸管破裂    | <input type="checkbox"/> 妊娠中の子宮破裂    | <input type="checkbox"/> 家族歴    |
| 小基準 | <input type="checkbox"/> 薄く透けた皮膚   | <input type="checkbox"/> 内出血しやすい | <input type="checkbox"/> 顔貌上の特徴      | <input type="checkbox"/> 小関節過動性 |
|     | <input type="checkbox"/> 腱・筋肉破裂    | <input type="checkbox"/> 若年発症静脈瘤 | <input type="checkbox"/> 内頸動脈海綿静脈洞ろう | <input type="checkbox"/> （血）気胸  |
|     | <input type="checkbox"/> 慢性関節（亜）脱臼 | <input type="checkbox"/> 先天性内反足  | <input type="checkbox"/> 歯肉後退        |                                 |

B. 検査所見（生化学所見）

|                          |                |
|--------------------------|----------------|
| 培養皮膚線維芽細胞中のⅢ型プロコラーゲン産生異常 | 1.あり 2.なし 3.不明 |
|--------------------------|----------------|

C. 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           |            |
| <input type="checkbox"/> COL3A1 |            |
| 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>

確定診断：A. 症状を複数認めることにより血管型エーラス・ダンロス症候群を疑い、BもしくはCに該当する

■ 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については 1 回と数えることとする。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とする。) | 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           |  |
| 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 |  | 1.あり 2.なし   |  |
| 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                                     | <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 | <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 |
|       | 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"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <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                               |

|         |                              |
|---------|------------------------------|
| 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。