

■ 基本情報

氏名			
姓(漢字)	名(漢字)	CRISPR/CAS	
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)

Major Criteria		
1. 重度(中等度)精神運動発達遅滞(必須)		1.該当 2.非該当 3.不明
2. 特徴的な顔貌(必須):ア~ウのうち2項目以上該当する		1.該当 2.非該当 3.不明
<input type="checkbox"/> ア)特徴的の耳介形態(前向きに持ち上がった耳たぶ、中央が陥凹した耳たぶ) <input type="checkbox"/> イ)特徴的の眼周囲所見(眼間分離、中央部が濃い眉毛) <input type="checkbox"/> ウ)特徴的の頭部形態(細長い顔、尖ったあご、目立つ鼻柱)		
3. 小頭症		1.該当 2.非該当 3.不明
Minor Criteria		
1. <input type="checkbox"/> 巨大結腸症(ヒルシュスプルング病) <input type="checkbox"/> 難治性便秘		1.該当 2.非該当 3.不明
2. 細長い手指と四肢		1.該当 2.非該当 3.不明
3. 成長障害		1.該当 2.非該当 3.不明
4. 脳梁形成異常		1.該当 2.非該当 3.不明
5. 先天性心疾患		1.該当 2.非該当 3.不明
6. てんかん		1.該当 2.非該当 3.不明
7. 腎泌尿器奇形		1.該当 2.非該当 3.不明

B. 検査所見

1. 血液・生化学的検査所見：異常なし	1. 該当 2. 非該当 3. 未実施
2. 画像検査所見：脳MRI で脳梁の形成異常が見られる	1. 該当 2. 非該当 3. 未実施
3. 生理学的所見：異常なし	1. 該当 2. 非該当 3. 未実施
4. 病理所見：異常なし	1. 該当 2. 非該当 3. 未実施
5. 知能検査：IQ () DQ () <input type="checkbox"/> 重度知的障害 <input type="checkbox"/> 中等度知的障害	1. 実施 2. 未実施 3. 不明

C. 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 <input checked="" type="checkbox"/> を記入する。	1. 全て除外可 2. 除外不可 3. 不明
<input type="checkbox"/> Goldberg-Shprintzen megacolon 症候群 <input type="checkbox"/> Angelman 症候群 <input type="checkbox"/> 1p36 欠失症候群 <input type="checkbox"/> Rubinstein-Taybi 症候群	

D. 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 <input checked="" type="checkbox"/> を記入する	
<input type="checkbox"/> 片方の ZEB2 (別名、ZFHX1B, SIP1) 機能消失性変異 <input type="checkbox"/> 欠失 <input type="checkbox"/> ナンセンス変異 <input type="checkbox"/> フレームシフト変異	
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> (Major Criteria の1と2の2項目は、全症例に認められる) (該当する項目にを記入する)

<input type="checkbox"/> Definite: Major Criteria のうち3項目、あるいは、Major Criteria のうち2項目と Minor Criteria を3項目以上満たし、Cを除外し、Dを満たすもの
<input type="checkbox"/> Probable: Major Criteria のうち3項目、あるいは、Major Criteria のうち2項目と Minor Criteria を3項目以上満たし、Cを除外したもの
<input type="checkbox"/> Possible: Major Criteria のうち2項目と Minor Criteria の2項目以下を満たすもの

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目にを記入する)

1) 難治性てんかん

主な抗てんかん薬2～3種類以上の単剤あるいは多剤併用で、かつ十分量で、2年以上治療しても、発作が1年以上抑制されず日常生活に支障をきたす状態	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
--	--------------------

2) 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。

3) 呼吸・栄養の状態

以下の状態に該当する	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 非経口的栄養摂取（経管栄養、中心静脈栄養など） <input type="checkbox"/> 人工呼吸器使用	

■ 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	<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。