

特定疾患医療受給者証有効期間更新申請書

受給者番号		保健所記入欄 →	保健所	コード	
受給者氏名			自己負担限度区分	C	- 0
申請者	氏名	対象患者との続柄			
	住所	(〒 -)		(電話 - -)	
生計中心者氏名		対象患者との続柄	患者と同一生計内で受給者証の交付を受けている者	有無	左の者の受給者番号
受給者証の記載事項(住所・氏名・保険の種類等)の変更 → 有・無 ※変更有りの場合は変更届を添付のこと					

北海道知事様
 特定疾患医療受給者証の有効期間の更新を申請します。
 年 月 日

704 プリオン病 臨床調査個人票 (2.更新)

ふりがな			性別	1.男 2.女	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成	年 月 日生	(満 歳)
住所	〒		出 生	都 道 府 県	発病時在住	都 道 府 県		
発病年月	1.昭和 年 月 (満 歳) 2.平成	初診年月日	1.昭和 年 月 日 2.平成	保 険 種 別	1.協 2.組 3.船 4.共 5.国 6.後			
身体障害者手帳	1.あり(等級 級) 2.なし	介 護 認 定	1.要介護(要介護度) 2.要支援 3.なし					
生活状況	社会活動(1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他()) 日常生活(1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助)					初回認定年月 1.昭和 年 月 2.平成		
受診状況(最近1年)	1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院(/月) 4.往診あり 5.入通院なし 6.その他()							
治療と経過(前回申請からの変化を中心に具体的に記述)								
家族内発症	1.あり 2.なし 3.不明 ありの場合: 父・母・兄・姉・妹・弟・祖父・祖母(父方・母方)・他() (プリオン病・認知症・その他())							
臨床症候	1 経過 経過の進行性 1.あり 2.なし 3.不明() 2 症候 初発症状() (1)ミオクローヌス 1.あり(平成 年 月から) 2.なし 3.不明 (2)進行性認知症、又は意識障害 1.あり(平成 年 月から) 2.なし 3.不明 (3)錐体路症候 1.あり(平成 年 月から) 2.なし 3.不明 (4)錐体外路症候 1.あり(平成 年 月から) 2.なし 3.不明 (5)小脳症状(ふらつき) 1.あり(平成 年 月から) 2.なし 3.不明 (6)視覚異常 1.あり(平成 年 月から) 2.なし 3.不明 (7)精神症候 1.あり(平成 年 月から) 2.なし 3.不明 (8)無動・無言状態 1.あり(平成 年 月から) 2.なし 3.不明 (9)その他症候() 1.あり(平成 年 月から) 2.なし 3.不明 () 1.あり(平成 年 月から) 2.なし 3.不明							
検査所見	(1)脳波: PSD 1.あり 2.なし 3.不明 (検査時期 平成 年 月 日) 基礎律動の徐波化 1.あり 2.なし 3.不明 (検査時期 平成 年 月 日) (2)画像: CT、MRIで脳萎縮 1.あり 2.なし 3.不明 (検査時期 平成 年 月 日) diffusion 又はFLAIRで高信号 1.あり 2.なし 3.不明 (検査時期 平成 年 月 日) (3)プリオン蛋白(PrP)遺伝子検査 1.施行 2.未施行 (検査時期 平成 年 月 日) 変異(1.あり 2.なし 3.不明)内容() コドン129の多型: Met/Met Met/Val Val/Val コドン219の多型: Glu/Glu Glu/Lys Lys/Lys (4)脳脊髄液(検査時期 平成 年 月 日) 細胞数 (1.正 2.増(/μl)) 蛋白量(1.正 2.増(mg/dl、基準値)) 総タウ蛋白(1.正 2.増(pg/ml、基準値)) NSE(1.正 2.増(ng/dl、基準値)) 14-3-3蛋白(1.正 2.増())							

診 断	1) 孤発性クロイツフェルト・ヤコブ病 (sCJD) 1. 確実例：特徴的な病理所見を有する又はウェスタンブロット法や免疫染色法で脳に異常 PrP を検出 2. ほぼ確実例：病理所見がない症例で、進行性認知症を示し、脳波上に PSD を認める。 さらに、ミオクローヌス、錐体路／錐体外路障害、小脳症状／視覚異常、無言無動状態のうち 2 項目以上を示す。 あるいは、「3. 疑い例」に入る例で、髄液 14-3-3 蛋白陽性で全臨床経過が 2 年未満 3. 疑い例：ほぼ確実例と同じ臨床症状を呈するが、PSD を欠く。					
	2) 獲得性クロイツフェルト・ヤコブ病 (1) 医原性クロイツフェルト・ヤコブ病 (sCJD と同様の診断基準による) 1. 確実例 2. ほぼ確実例 3. 疑い例 種類：1. 硬膜移植 2. 角膜移植 3. その他 () (2) 変異型クロイツフェルト・ヤコブ病 (vCJD) (WHO 2001 診断基準による) 1. 確実例 2. ほぼ確実例 3. 疑い例					
ケ ア	3) 遺伝性プリオン病 1. 確実例：特徴的な病理所見を有する又はウェスタンブロット法や免疫染色法で脳に異常 PrP を検出し、PrP 遺伝子変異を有するもの 2. ほぼ確実例：病理所見はないが、PrP 遺伝子変異を認め臨床所見が矛盾しないもの 3. 疑い例：病理所見がなく、PrP 遺伝子変異も証明されていないが、遺伝性プリオン病を示唆する臨床所見と家族歴があるもの 臨床病型：1. 家族性 CJD 2. GSS (ゲルストマン・ストロイスラー・シャインカー病) 3. FFI (致死性家族性不眠症) 4. その他 ()					
	4) その他 1. プリオン病の可能性あり：プリオン病の診断基準には合致しないが、プリオン病の可能性のある例 所見 ()					
	(1) 鼻腔栄養	1. あり (昭和・平成 年 月から)	2. なし	(2) 胃瘻	1. あり (昭和・平成 年 月から)	2. なし
	(3) 気管切開	1. あり (昭和・平成 年 月から)	2. なし	(4) 人工呼吸器	1. あり (昭和・平成 年 月から)	2. なし
転出 (予定) 先	転出予定 1. あり 2. なし 1. の場合予定施設名		転出時期 平成 年 月	紹介元 医療機関名		
医療上の問題点						
医療機関名						
医療機関所在地						
医師の氏名			☎ 電話番号	()	記載年月日： 年 月 日	