様式第１号

（表面）

重 特定疾患医療受給者証				
公費負担者番号	５１３２６０１５			
受給者番号				
受給者	氏名			
	生年月日			
	住所			
病名				
保険者名				
記号及び番号		適用区分		
受療医療機関	記載省略（島根県と委託契約している医療機関であればどこでも使用できます）			
有効期間				
島根県知事				
交付年月日				

※ 標記病名以外では使用できません。

※ 裏面の注意事項をよくお読みください。

（裏面）

特定疾患治療研究事業

（目　的）

厚生労働科学研究難治性疾患克服研究事業（特定疾患調査研究分野）の対象疾患のうち診断基準が一応確立し、かつ、難治度及び重症度が高く、さらに、患者が比較的少ない疾患について公費負担により受療を促進することによって、その原因を究明し、もって治療方法の開発等に資すること
を目的としています。

注 意 事 項

1　この証を交付された方は、標記の疾病について保険診療を受けた場合、その自己負担分を支払う必要はありません。

2　本事業の対象となる医療は、医療受給者証に記載された疾患及び当該疾患に付随して発現する傷病に対する医療に限られています。

3　保険医療機関等において診療を受ける場合、この証を必ず窓口に提出してください。

4　氏名、住所又は加入している医療保険に変更があった場合や、治ゆ、死亡又は県外転出などで受給者の資格がなくなったときは速やかに保健所で手続きをとってください。

また、県外に転出する場合において、転出後も本証の交付を受けたい場合は、転出日の属する月の翌月の末日までに本証の写しを転出先の都道府県知事に提出してください。

5　この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、保健所で再交付の手続きをとってください。

6　この証の有効期間満了後も、引き続きこの証の交付を受けようとするときは、有効期間内に保健所で更新の手続きをとってください。

7　その他特定疾患の医療受給に関しての問い合わせは、最寄りの保健所又は県庁健康推進課（℡０８５２－２２－５２６７）にお問い合せください。

（スモン患者のみ）

医療機関のみなさまへ

特定疾患治療研究事業における
スモンの取扱いについて

１　スモン（ＳＭＯＮ）は整腸剤キノホルムの副作用による薬害で、「亜急性脊髄・視神経・末梢神経障害」の略です。主症状は視覚、感覚、運動障害ですが、このほか中枢神経及び末梢神経が冒されることによる様々な症状が全身に幅広く併発する疾患であることが認められています。

２　スモン患者に対する医療費については、スモンの患者救済対策の観点から、特定疾患治療研究事業の対象として、医療費の自己負担分を公費負担（補助率：10/10）としています。

３　薬害の被害者であるスモン患者であることをご理解のうえ、スモン患者に対する特定疾患治療研究事業の適用をお願いします。

症状
　神経症状（下肢の異常知覚、自律神経障害、頑固な腹部症状等）をはじめとして、循環器系及び泌尿器系の疾病のほか、骨折、白内障、振戦、高血圧、慢性疼痛、めまい、不眠、膝関節痛、腰痛など、歯科疾患を含め、今なお、全身に様々な症状が幅広く併発することから、診療・治療に当たってはスモンによる影響を十分配慮することが必要となっている。
　※症状の例示であって、スモンの全ての症状を記載しているものではない。

（平成２２年２月４日　全国健康関係主管課長会議資料抜粋）

本件に対する照会先：厚生労働省医薬食品局総務課
医薬品副作用被害対策室
電話　０３－３５９５－２４００

様式第２号

（表面）

保健所受付印

特定疾患医療受給者証交付申請書

（申請区分： 新規 ・ 更新 ） どちらかに○印を

受給者	フリガナ		受給者番号（更新時のみ記入）	
	氏　　名			
	生年月日	年　　月　　日（満　　歳）	他疾患での受給者番号（該当者のみ記入）	
	住　　所 （申請者と同じ場合は省略可）	〒 市・郡 電話（　　）　　－		
	加　　入 医療保険	被保険者区分	協会　組合　国保　退職国保　国組　共済　船員　後期	本人・家族
		保険者名		記号･番号
	病　　名			
	医療機関	名称		所在地

（注）臨床調査個人票の研究利用についての同意	特定疾患治療研究事業は、重症で希少な特定疾患の研究を推進するための制度であり、提出した臨床調査個人票が厚生労働科学研究において、個人情報保護のもと疾患研究の基礎資料として使用されることを確認した上で、申請してください。（詳細については、裏面をご覧下さい。）

上記のとおり、臨床調査個人票の研究利用について同意し、特定疾患医療受給者証の交付を申請します。

また、受給者証記載事項について申請書記載の医療機関に情報提供されることに同意します。

〒

年　　月　　日

申請者 住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受給者との続柄

フリガナ
氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　）

電話（　　）　　－　　昼間の連絡先＿＿＿＿＿＿

島 根 県 知 事 様

保健所記入欄（特記事項を記入）

※　裏面の「申請時の注意事項」をご覧ください

（裏面）

〈特定疾患臨床調査個人票の研究利用についての同意について〉

特定疾患治療研究事業は、重症で希少な特定疾患の研究を推進するため、患者の方の治療に係る医療費の自己負担分を公費で補助する制度です。

本申請書に添付された臨床調査個人票は、厚生労働科学研究難治性疾患克服研究事業の研究班において、当該疾患の研究のための基礎資料として使用されますので、このことに同意された上で、特定疾患医療受給者証の交付申請を行ってください。

また、臨床調査個人票の使用に当たっては、個人情報の保護に十分配慮し、研究以外の目的には一切使用されることはありません。

なお、この同意は、添付された臨床調査個人票を疾患研究の基礎資料として活用することに対する同意であり、臨床調査研究分野の研究班で行われる臨床研究等の実施に関して協力を求める場合は、改めて、それぞれの研究者から主治医を介して説明が行われ、同意を得ることとされています。

申請時の注意事項

新規申請にかかる受給者証の有効期間は、申請書類を保健所が受理した日からとなります

◎保健所記入欄以外は全て記入してください。

◎添付書類

（１）受療医療機関の医師による臨床調査個人票　・・・様式第３号（新規用と更新用があります）

（２）所得区分把握についての同意書　・・・様式第８号（更新申請の場合は不要です）

（３）患者の医療保険の資格情報が確認できる資料及び限度額適用認定証(お持ちの方のみ)の写し

（４）患者の住民票の写し（交付日から３ヶ月以内のもの。コピー可）

※免許証等で現住所を確認することができる場合、住民票の写しに代えることができます。
ただし、住所が印字されているものに限ります。

（５）ア 被用者保険の場合、被保険者の所得課税証明書（市町村長発行）

※市町村民税課税対象者の場合、源泉徴収票または確定申告書の写しに代えることができます。

イ 国民健康保険組合の場合は、組合員と当該世帯の被保険者全員の所得課税証明書（市町村長発行）

※詳しくは、管轄の保健所へお問い合わせください。

様式第３号の１

スモン　臨床調査個人票　（新規）

ふりがな 氏名		性別	1.男 2.女	生年 月日	年　月　日生 （満　歳）	
住所	郵便番号 電話　（　）			出生 都道府県		発病時在住 都道府県
発病年月	年　月（満　歳）	初診年月日	年　月　日	保険種別	1.協　2.組　3.船 4.共　5.国　6.後	

診　断	1. スモン　　2. その他
キノホルム服用歴	1. あり　　2. なし　　3. 不明
発症直後で最重症時の状況	(1)視力 1. 全盲　2. 明暗のみ　3. 眼前手動弁　4. 眼前指数弁　5. 軽度低下　6. ほとんど正常　7. 不明 (2)歩行（*車椅子使用含む） 1. 不能　2. 要介助*　3. つかまり歩き　4. 松葉杖　5. 一本杖　6. 不安定独歩　7. 正常　8. 不明
現在の症状・所見	(1)視力 1. 全盲　2. 明暗のみ　3. 眼前手動弁　4. 眼前指数弁　5. 軽度低下　6. ほとんど正常 (2)歩行（*車椅子使用含む） 1. 不能　2. 要介助*　3. つかまり歩き　4. 松葉杖　5. 一本杖　6. 不安定独歩　7. 正常 (3)下肢の感覚障害 a. 自覚的異常感覚　1. あり（1. 高度　2. 中等度　3. 軽度）　2. なし　3. 不明 b. 他覚的感覚障害　1. あり（1. 高度　2. 中等度　3. 軽度）　2. なし　3. 不明 (4)自律神経症状 a. 下肢皮膚温低下　1. あり　2. なし　3. 不明 b. 尿失禁　1. あり　2. なし　3. 不明 c. 大便失禁　1. あり　2. なし　3. 不明
合併症・その他	1. 眼疾患　2. 高血圧　3. 脊椎疾患　4. 四肢関節疾患　5. 肝･胆嚢疾患 6. 他の消化器疾患　7. 腎･泌尿器疾患　8. 心疾患　9. 骨折　10. 脳血管障害 11. 呼吸器疾患　12. 糖尿病　13. 悪性腫瘍　14. ノイローゼ　15. 心気的 16. うつ病　17. 認知症　18. 歯科疾患　19. その他（　）
鑑別診断	①ギラン・バレー症候群　1.鑑別できる　2.鑑別できない ②亜急性連合性脊髄変性症　1.鑑別できる　2.鑑別できない ③ペラグラ　1.鑑別できる　2.鑑別できない ④急性間欠性ポルフィリン症　1.鑑別できる　2.鑑別できない ⑤癌性ニューロパチー　1.鑑別できる　2.鑑別できない ⑥脱髄性疾患　1.鑑別できる　2.鑑別できない ⑦抗結核剤ニューロパチー　1.鑑別できる　2.鑑別できない ⑧脊髄炎　1.鑑別できる　2.鑑別できない ⑨脊髄腫瘍　1.鑑別できる　2.鑑別できない ⑩アミロイドーシス　1.鑑別できる　2.鑑別できない ⑪糖尿病性ニューロパチー　1.鑑別できる　2.鑑別できない ⑫その他（　）　1.鑑別できる　2.鑑別できない
医療上の問題点	

医療機関名

医療機関所在地　　電話番号　（　）

医師の氏名

記載年月日：　年　月　日

※　「スモン健康管理手帳」の提示もしくは写しを添付してください。

様式第３号の２（表面）

難治性の肝炎のうち劇症肝炎　臨床調査個人票　（更新）

ふりがな 氏名		性別	1.男 2.女	生年 月日	年　月　日生 （満　歳）
住所	郵便番号 電話　（　）			出生 都道府県	発病時在住 都道府県
初診年月日	年　月　日			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）				
家族歴	1.あり　2.なし　3.不明 ありの場合（続柄　）	受診状況 （最近 6 か月）	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（　）		

発症と経過（具体的に記述）

既往歴・生活歴	初発症状（　年　月　日）	昏睡Ⅱ度以上出現時（　年　月　日）の所見
肝疾患　1.あり　2.なし　3.不明 B型ｷｬﾘｱ　1.あり　2.なし　3.不明 肝以外の疾患　1.あり　2.なし　3.不明 輸血歴　1.あり　2.なし　3.不明 薬物服用　1.あり　2.なし　3.不明 飲酒　1. 大酒家　2. 常習飲酒家 3. 機会飲酒　4. なし	発熱　1.あり　2.なし　3.不明 食欲不振　1.あり　2.なし　3.不明 全身倦怠　1.あり　2.なし　3.不明 悪心・嘔吐　1.あり　2.なし　3.不明 黄疸　1.あり　2.なし　3.不明 腹部膨満　1.あり　2.なし　3.不明 その他　1.あり　2.なし　3.不明	発熱　1.あり　2.なし　3.不明 黄疸　1.あり　2.なし　3.不明 肝濁音界縮小　1.あり　2.なし　3.不明 腹水　1.あり　2.なし　3.不明 浮腫　1.あり　2.なし　3.不明 頻脈　1.あり　2.なし　3.不明 呼吸促拍　1.あり　2.なし　3.不明 羽ばたき振戦　1.あり　2.なし　3.不明 肝性口臭　1.あり　2.なし　3.不明 痙攣　1.あり　2.なし　3.不明
画像所見	肝組織検査	
肝萎縮　1.あり　2.なし　3.不明 （1.超音波　2.ＣＴ　3.その他（　））	1.生検　2.剖検　3.なし （所見：　）	
成　因	肝炎ウイルスマーカー	免疫マーカー
1. ウイルス性 1. A型 2. B型（1.急性感染 2.ｷｬﾘｱ 3.不明） 3. C型 4. E型 5. その他（　） 2. 自己免疫性 3. 薬物性（　） 4. 成因不明 5. 評価不能	ＩｇＭ－ＨＡ　1.陽性　2.陰性　3.不明 ＨＢｓ抗原　1.陽性　2.陰性　3.不明 ＩｇＭ－ＨＢｃ　1.陽性　2.陰性　3.不明 ＨＢｃ(200×)　1.陽性　2.陰性　3.不明 ＨＢＶ－ＤＮＡ　1.陽性　2.陰性　3.不明 ＨＣＶ抗体　1.陽性　2.陰性　3.不明 ＨＣＶ－ＲＮＡ　1.陽性　2.陰性　3.不明 ＨＥＶ－ＲＮＡ　1.陽性　2.陰性　3.不明 ＩｇＭ－ＨＥＶ　1.陽性　2.陰性　3.不明	抗核抗体　1.陽性　2.陰性　3.不明 抗平滑筋　1.陽性　2.陰性　3.不明 抗ＬＫＭ１　1.陽性　2.陰性　3.不明 γグロブリン　1.陽性　2.陰性　3.不明 ＩｇＧ　1.陽性　2.陰性　3.不明 ＩｇＥ　1.陽性　2.陰性　3.不明 好酸球数　1.陽性　2.陰性　3.不明 Ｄ－ＬＳＴ　1.陽性　2.陰性　3.不明

	昏睡出現前 年　月　日	昏睡出現時 年　月　日	昏睡出現５日後 年　月　日	覚醒時 年　月　日	現在 年　月　日
昏睡度					
AST (IU/L)					
ALT (IU/L)					
総ビリルビン (mg/dL)					
直接ビリルビン (mg/dL)					
直接/総ビリルビン比					
プロトロンビン時間 (%)					
ヘパプラスチンテスト (%)					
ATⅢ (%)					
アルブミン (g/dL)					
アンモニア (μg/dL)					
AFP (ng/mL)					
HGF (ng/mL)					
血小板数 (万/mm^3)					
白血球数 (/mm^3)					

様式第３号の２（裏面）

合併症				鑑別除外診断		
①感染症	1.あり	2.なし	3.不明	①急性肝炎重症型	1.除外できる	2.除外できない
②消化管出血	1.あり	2.なし	3.不明	②遅発性肝不全	1.除外できる	2.除外できない
③腎不全	1.あり	2.なし	3.不明	③肝炎以外の急性肝不全	1.除外できる	2.除外できない
④ＤＩＣ	1.あり	2.なし	3.不明	④先行する慢性肝疾患	1.除外できる	2.除外できない
⑤心不全	1.あり	2.なし	3.不明	⑤アルコール性肝炎	1.除外できる	2.除外できない
⑥脳浮腫	1.あり	2.なし	3.不明			

		使用薬剤等	治療効果
治療法	ステロイド	1.あり 2.なし 3.今後予定 4.不明	1.著効 2.効果あり 3.不変 4.悪化 5.その他
	グルカゴン・インスリン	1.あり 2.なし 3.今後予定 4.不明	1.著効 2.効果あり 3.不変 4.悪化 5.その他
	特殊組成アミノ酸	1.あり 2.なし 3.今後予定 4.不明	1.著効 2.効果あり 3.不変 4.悪化 5.その他
	血漿交換	1.あり 2.なし 3.今後予定 4.不明	1.著効 2.効果あり 3.不変 4.悪化 5.その他
	血液濾過透析	1.あり 2.なし 3.今後予定 4.不明	1.著効 2.効果あり 3.不変 4.悪化 5.その他
	プロスタグランジン	1.あり 2.なし 3.今後予定 4.不明	1.著効 2.効果あり 3.不変 4.悪化 5.その他
	インターフェロン	1.あり 2.なし 3.今後予定 4.不明	1.著効 2.効果あり 3.不変 4.悪化 5.その他
	ラミブジン	1.あり 2.なし 3.今後予定 4.不明	1.著効 2.効果あり 3.不変 4.悪化 5.その他
	サイクロスポリン	1.あり 2.なし 3.今後予定 4.不明	1.著効 2.効果あり 3.不変 4.悪化 5.その他
	抗凝固療法	1.あり 2.なし 3.今後予定 4.不明	1.著効 2.効果あり 3.不変 4.悪化 5.その他
	肝移植	1.あり 2.なし 3.今後予定 4.不明	1.著効 2.効果あり 3.不変 4.悪化 5.その他
	その他	1.あり 2.なし 3.今後予定 4.不明 （ ）	1.著効 2.効果あり 3.不変 4.悪化 5.その他

医療上の問題点

医療機関名

医療機関所在地

電話番号 （ ）

医師の氏名

記載年月日： 年 月 日

肝性脳症の昏睡度分類（犬山分類：1972 年）

昏睡度	精神症状	参考事項
Ⅰ	睡眠・覚醒リズムの逆転。多幸気分，ときに抑うつ状態。 だらしなく，気にとめない態度。	retrospectiveにしか判定 できない場合も多い
Ⅱ	指南力（とき・場所）障害，物をとり違える（confusion)。 異常行動（例：お金をまく，化粧品をゴミ箱に捨てるなど)。 時に傾眠状態（普通の呼びかけで開眼し，会話ができる)。 無礼な言動があったりするが，医師の指示には従う態度をみせる。	興奮状態がない 尿，便失禁がない 羽ばたき振戦あり
Ⅲ	しばしば興奮状態，せん妄状態を伴い，反抗的態度をみせる。 嗜眠状態（ほとんど眠っている。) 外的刺激で開眼しうるが，医師の指示には従わない，又は従えない （簡単な命令には応じる)。	羽ばたき振戦あり 指南力障害は高度
Ⅳ	昏睡（完全な意識の消失)。痛み刺激に反応する	刺激に対して，払いのける動作， 顔をしかめる
Ⅴ	深昏睡、痛み刺激に反応しない	

様式第３号の３（表面）

重症急性膵炎　臨床調査個人票　（更新）

ふりがな 氏　名		性別	1.男 2.女	生　年 月　日	年　月　日生 （満　歳）	
住　所	郵便番号 電話　（　）		出　生 都道府県		発病時在住 都道府県	
入　院　年　月　日	年　月　日	保　険　種　別	1.協　2.組　3.船　4.共　5.国　6.後			
急性膵炎の症状発現日	年　月　日	他　院　よ　り　の　転　送	1.あり 2.なし			
重症膵炎基準を満たした日	年　月　日	他院での膵炎治療日数	＿＿＿＿日			
重症急性膵炎として診断基準を満たした時点での重症度スコア	点					
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)			初回臨床調査個人票提出 年　月		
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（　）					

成　因	1. アルコール　2. 胆石　3.内視鏡的乳頭操作後（1.診断的 ERCP 2.EST 3.EPBD 4.その他（　）） 4. 脂質異常症　5. 腹部外傷　6.手術（手術名：　）　7.薬剤性（薬剤名：　） 8. 膵胆管合流異常　9. 膵管癒合不全　10.自己免疫疾患（疾患名：　） 11. 慢性膵炎急性増悪　12. その他（疾患名：　）　13.特発性（原因不明）

更新理由、治療経過、現在の問題点（社会復帰ができない理由）（前回申請からの変化を中心に具体的に記述）

重症急性膵炎については、その病態に鑑み医療受給者証の有効期間は原則として６か月である。
更新が可能なものは以下の状態である。

重症急性膵炎が原因で発症した後遺症（膵および膵周囲膿瘍、瘻孔（膵液瘻、腸瘻））の治療が継続している場合
ただし、急性膵炎治癒後の経過観察や後遺的変化としての膵内外分泌障害に対する補充療法は対象外である。
注：急性膵炎を再発した場合はその都度、重症度を判定し、重症の場合は更新ではなく、新規として申請すること。

更新に必要な上記条件に該当する具体的な合併症の状態、治療経過を詳細に記すこと。
※本欄に記載がなければ更新は認められない

後遺症（重症急性膵炎後の後遺症について該当する項目に○をつけ、発症年月日を記載すること）

1. 膵膿瘍	1.なし	2.あり	年　月　日
2. 膵周囲膿瘍	1.なし	2.あり	年　月　日
3. 膵液瘻	1.なし	2.あり	年　月　日
4. 腸瘻	1.なし	2.あり	年　月　日
5. その他（　）	1.なし	2.あり	年　月　日

様式第３号の３（裏面）

予後因子

重症度判定基準を満たした時点（＿＿＿＿年＿＿月＿＿日）のデータを記入し、 重症度判定基準を満たした項目の数字に○をつけて下さい。			基準値内へ改善した年月日
1. Base Excess≦-3mEq/l	Base Excess	＿＿＿＿mEq/l	年　月　日
2. ショック（収縮期血圧 80mmHg 以下）	収縮期血圧	＿＿＿＿mmHg	年　月　日
3. PaO_2≦60mmHg(room air)	PaO_2	＿＿＿＿mmHg	年　月　日
4. 呼吸不全（人工呼吸器管理を必要とする）	人工呼吸器管理	要 ・ 不要	年　月　日
5. BUN≧40mg/dl	BUN	＿＿＿＿mg/dl	年　月　日
6. Cr≧2mg/dl	Cr	＿＿＿＿mg/dl	年　月　日
7. 乏尿（輸液後も一日尿量 400ml 以下）	一日尿量	＿＿＿＿ml	年　月　日
8. LDH が基準値上限の 2 倍以上	LDH(単位を含め記入) ※LDH 基準値上限	＿＿＿＿ ＿＿＿＿	年　月　日
9. 血小板数≦10 万/mm^3	血小板数	＿＿＿＿万/mm^3	年　月　日
10. 総 Ca≦7.5mg/dl	総 Ca 値	＿＿＿＿mg/dl	年　月　日
11. CRP≧15mg/dl	CRP	＿＿＿＿mg/dl	年　月　日
12.SIRS 診断基準の陽性項目数３以上	（陽性項目数≧3）		
(1) 体温＞38 ℃または＜36 ℃	体温	＿＿＿＿℃	陽性項目数が 2 以下に改善した年月日
(2) 脈拍＞90 回/分	脈拍	＿＿＿＿回/分	
(3) 呼吸数＞20 回/分または	呼吸数	＿＿＿＿回/分	年　月　日
$PaCO_2$＜32 mmHg	または $PaCO_2$	＿＿＿＿mmHg	
(4) 白血球数＞12,000/mm^3 もしくは＜4,000/mm^3	白血球数	＿＿＿＿/mm^3	
または 10%超の幼若球の出現	幼若球の割合	＿＿＿＿%	

造影 CT Grade：炎症の膵外進展度と、膵の造影不良域のスコアの合計点で判定

造影 CT Grade 2 以上を満たした時点でのデータを記入して下さい。 1.炎症の膵外進展度（いずれかに○をつけて下さい。） 1. 前腎傍腔　（０点） 2. 結腸間膜根部（１点） 3. 腎下極以遠　（２点） 2.膵の造影不良域（いずれかに○をつけて下さい。） 膵を便宜的に３つの区域（膵頭部、膵体部、膵尾部）に分け、 1. 各区域に限局している場合、または膵の周辺のみの場合（０点） 2. ２つの区域にかかる場合（１点） 3. ２つの区域全体をしめる、または、それ以上の場合（２点） ・合計 1 点以下　：Grade 1 ・合計 2 点　：Grade 2 ・合計 3 点以上　：Grade 3 （造影 CT Grade 2 以上のものを重症とする）	造影 CT Grade 2 以上となった年月日	造影 CT Grade 1 となった年月日
	年　月　日	年　月　日

医療上の問題点

医療機関名

医療機関所在地

電話番号　（　　）

医師の氏名

記載年月日：　年　月　日

2008-04-25

様式第３号の４の１（表面）

プリオン病　臨床調査個人票　（1. 新規）

ふりがな 氏名		性別	1. 男 2. 女	生年 月日	年　月　日生 （満　歳）	
住所	郵便番号 電話　（　）			出生 都道府県		発病時在住 都道府県
発病年月	年　月（満　歳）	初診年月日	年　月　日	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）					
受診状況 （最近６か月）	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（　）					

発症と経過（具体的に記述）

家族内発症	1. あり　2. なし　ありの場合：　父・母・兄・姉・弟・祖父・祖母（父方・母方）・他（　） 3. 不明　（プリオン病・認知症・その他（　））
職業歴	
食品嗜好等	
接触歴	1)他のプリオン病患者（組織等）との接触歴　1. あり　2. なし 3. 不明　ありの場合；内容（　） 2)動物との接触歴　1. あり　2. なし ありの場合；①と畜・食肉処理等　②畜産（ 牛・羊・山羊・豚・馬・その他（　）） ③その他動物と接触する職業（　） 3)海外渡航歴 イギリス　（1. あり　2. なし）ありの場合；（　年頃）（期間　年・月・週） イギリスを除くＥＵ諸国（1. あり　2. なし）ありの場合；（　年頃）（期間　年・月・週）
既往歴	手術歴　1. あり（下記）　2. なし　3. 不明
	①脳　（1. あり　2. なし　3. 不明）　年　月　日（病名　）（施設　）
	②脊髄　（1. あり　2. なし　3. 不明）　年　月　日（病名　）（施設　）
	③他の神経系　（1. あり　2. なし　3. 不明）　年　月　日（病名　）（施設　）
	④外傷　（1. あり　2. なし　3. 不明）　年　月　日（病名　）（施設　）
	⑤他の手術　（1. あり　2. なし　3. 不明）　年　月　日（病名　）（施設　）
	硬膜移植　1. 確実にあり（下記）　2. 可能性が高い　3. 不明（可能性を否定できない）　4. なし
	使用硬膜製品名（　）　サイズ（　）cm×（　）cm 手術名（　）
	その他の臓器移植・製剤による治療歴　1. あり　2. なし　3. 不明
	1. ありの場合 （1. 角膜移植　2. 成長ホルモン製剤）　年　月　日（病名　）（施設　）
	歯科（ｲﾝﾌﾟﾗﾝﾄ）（1. あり　2. なし　3. 不明）　年　月　日（病名　）（施設　）
	輸血歴　（1. あり　2. なし　3. 不明）　年　月　日（病名　）（施設　）
	献血歴　（1. あり　2. なし　3. 不明）　年　月　日（場所　）（施設　）
	鍼治療歴　（1. あり　2. なし　3. 不明）　年　月　日（病名　）（施設　）
	内視鏡検査歴　（1. あり　2. なし　3. 不明）　年　月　日（病名　）（施設　）
	既往歴　（1. あり　2. なし　3. 不明）　年　月　日（病名　）（発症　）
	年　月　日（病名　）（発症　）
	年　月　日（病名　）（発症　）

様式第３号の４の１（裏面）

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（　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（　年　月から）	2.なし	3.不明	
(3)錐体路症候	1.あり（　年　月から）	2.なし	3.不明	
(4)錐体外路症候	1.あり（　年　月から）	2.なし	3.不明	
(5)小脳症状（ふらつき）	1.あり（　年　月から）	2.なし	3.不明	
(6)視覚異常	1.あり（　年　月から）	2.なし	3.不明	
(7)精神症候	1.あり（　年　月から）	2.なし	3.不明	
(8)無動・無言状態	1.あり（　年　月から）	2.なし	3.不明	
(9)その他症候（　）	1.あり（　年　月から）	2.なし	3.不明	
（　）	1.あり（　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　年　月　日）
　基礎律動の徐波化　1.あり　2.なし　3.不明　（検査時期　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　年　月　日）
　diffusion 又はFLAIRで高信号　1.あり　2.なし　3.不明　（検査時期　年　月　日）
(3)プリオン蛋白(PrP)遺伝子検索　1.施行　2.未施行　（検査時期　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　年　月　日）
　蛋白量（1.正　2.増（　mg/dl）　細胞数（1.正　2.増（　／３））
　ＮＳＥ（1.正　2.増（　ng/dl、基準値））　14-3-3（1.正　2.増　）

鑑別診断

①アルツハイマー型痴呆	1.鑑別できる	2.鑑別できない	
②痴呆脳血管障害型痴呆	1.鑑別できる	2.鑑別できない	
③脊髄小脳変性症	1.鑑別できる	2.鑑別できない	
④パーキンソン痴呆症候群	1.鑑別できる	2.鑑別できない	
⑤認知症を伴う運動ニューロン疾患	1.鑑別できる	2.鑑別できない	
⑥ピック病	1.鑑別できる	2.鑑別できない	
⑦単純ヘルペス等のウイルス性脳炎	1.鑑別できる	2.鑑別できない	
⑧脳原発性リンパ腫	1.鑑別できる	2.鑑別できない	
⑨代謝性脳症・低酸素脳症	1.鑑別できる	2.鑑別できない	
⑩その他の病因による認知症性疾患	1.鑑別できる	2.鑑別できない	

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。
　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)感染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
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がある例
　　所見（　）

ケア

(1)鼻腔栄養　1.あり（　年　月から）　2.なし　(2)胃瘻　1.あり（　年　月から）　2.なし
(3)気管切開　1.あり（　年　月から）　2.なし　(4)人工呼吸器　1.あり（　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　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

電話番号　（　）

医師の氏名

記載年月日：　年　月　日

様式第３号の４の２（表面）

プリオン病　臨床調査個人票　（2.更新）

ふりがな 氏名		性別	1.男 2.女	生年 月日	年　月　日生 （満　歳）	
住所	郵便番号 電話　（　）			出生 都道府県		発病時在住 都道府県
発病年月	年　月（満　歳）	初診年月日	年　月　日	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 年　月	
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　ありの場合：　父・母・兄・姉・弟・祖父・祖母（父方・母方）・他（　） 3. 不明　（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（　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（　年　月から）　2.なし　3.不明 (3)錐体路症候　1.あり（　年　月から）　2.なし　3.不明 (4)錐体外路症候　1.あり（　年　月から）　2.なし　3.不明 (5)小脳症状（ふらつき）　1.あり（　年　月から）　2.なし　3.不明 (6)視覚異常　1.あり（　年　月から）　2.なし　3.不明 (7)精神症候　1.あり（　年　月から）　2.なし　3.不明 (8)無動・無言状態　1.あり（　年　月から）　2.なし　3.不明 (9)その他症候（　）1.あり（　年　月から）　2.なし　3.不明 （　）1.あり（　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　年　月　日） 基礎律動の徐波化　1.あり　2.なし　3.不明　（検査時期　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　年　月　日） diffusion 又はFLAIRで高信号　1.あり　2.なし　3.不明　（検査時期　年　月　日） (3)プリオン蛋白(PrP)遺伝子検索　1.施行　2.未施行　（検査時期　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　年　月　日） 蛋白量（1.正　2.増（　mg/dl））　細胞数（1.正　2.増（　／３）） ＮＳＥ（1.正　2.増（　ng/dl、基準値　））　14-3-3（1.正　2.増　）

様式第３号の４の２（裏面）

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。

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)感染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

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がある例

所見（　　）

ケア

(1)鼻腔栄養　1.あり（　　年　　月から）　2.なし　(2)胃瘻　1.あり（　　年　　月から）　2.なし

(3)気管切開　1.あり（　　年　　月から）　2.なし　(4)人工呼吸器　1.あり（　　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　　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

電話番号　（　　）

医師の氏名

記載年月日：　　年　　月　　日

様式第４号

保健所受付印

特定疾患氏名等変更届

<table>
<tr><td colspan="2">受給者氏名</td><td colspan="2"></td><td>受給者番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">変更事項（変更箇所のみ記入）</td><td rowspan="2">氏　　名
変更年月日
（　年　月　日）</td><td>新</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>旧</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">住　　所
変更年月日
（　年　月　日）</td><td>新</td><td colspan="3">（〒　　－　　）
（電話番号：　　－　　－　　）</td></tr>
<tr><td>旧</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">加入医療保険
変更年月日
（　年　月　日）</td><td></td><td>保険者</td><td colspan="2">記号・番号</td></tr>
<tr><td>新</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>旧</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

上記のとおり、変更となりましたので、届け出ます。

年　　月　　日

届出者　　住　所

氏　名　　（受給者との続柄：　　）

島根県知事　様　　電話番号　　－　　－

（注）・交付済みの受給者証又は登録者証を添付してください。

・氏名、住所変更の場合は、住民票（戸籍謄本）の写しを添付してください。

・医療保険変更の場合は、医療保険の資格情報が確認できる資料、医療保険者へ所得区分を照会するための同意書（様式第８号）及び医療保険者が所得区分の認定を行うために必要な書類を添付してください。

・詳細は保健所へお問い合わせください。

様式第５号

保健所受付印

特定疾患医療受給者証再交付申請書

受給者等	氏　　名		受給者番号	
	受給者証等の再交付を申請する理由	１　受給者証等を破った		
		２　受給者証等を汚した		
		３　受給者証等を失った		

上記のとおり特定疾患医療受給者証等の再交付を申請します。

年　　月　　日

申請者　　〒 □□□ － □□□□

住所 ＿＿＿＿市・郡＿＿＿＿町・村＿＿＿＿番地

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　受給者等との続柄（　　）

※続柄は受給者からみた場合

電話番号 ＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿

島 根 県 知 事 様

（日本工業規格　Ａ列４番）

様式第６号

保健所受付印

特 定 疾 患 治 療 中 止 届

受給者等	氏　　名		受給者番号	
	中止の理由	１　病気が治癒した		
		２　受給者等が死亡した		
		３　受給者等が県外へ転出した		
		４　その他（　　）		
	中止年月日	年　　月　　日		

上記のとおり特定疾患の治療を中止しましたので届け出ます。

年　　月　　日

届出者　住所 ＿＿＿＿市・郡＿＿＿＿町・村＿＿＿＿番地

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿　　受給者等との続柄（　　）

※続柄は受給者からみた場合

島 根 県 知 事 様

※　受給者証等を添付してください。

（日本工業規格　Ａ列４番）

様式第7号

保健所受付印

特定疾患治療研究費請求書

島 根 県 知 事　様

下記のとおり請求します。

金　　円

年　　月　　日　　請 求 者　住所

氏名

続柄

＊続柄は受給者からみた場合

（本人以外の場合は、下記委任状の記入が必要です。）

受給者氏名		受給者番号	
特定疾患名			

特 定 疾 患 治 療 研 究 費 支 払 証 明

保険種別	健保（本人 家族）　国保（一般 退職本人 退職家族）　後期高齢 共済（本人 家族）　船員（本人 家族）　介護　その他（　　）		
高齢受給者証（有 無）		保険負担割合	7割 8割 9割（　）割

診療年月日	区　分	総医療費（本事業による医療費助成の対象となる額）（A）	患者本人負担額（Aの額に対する本人負担額）（B）	自己負担限度額（Bが高額療養費の償還払対象となる場合のみ記入）（C）	請求額 B又はCでいずれか少ない額（D）
年　月 日 ～ 日	入　院	円	円	円	円
	食事・生活療養費	円	円	円	円
	外　来	円	円	円	円
	調剤又は訪看	円	円	円	円
年　月 日 ～ 日	入　院	円	円	円	円
	食事・生活療養費	円	円	円	円
	外　来	円	円	円	円
	調剤又は訪看	円	円	円	円
年　月 日 ～ 日	入　院	円	円	円	円
	食事・生活療養費	円	円	円	円
	外　来	円	円	円	円
	調剤又は訪看	円	円	円	円
計					円

年　　月　　日

上記のとおり特定疾患治療研究費として相違ありません。

医療機関等　　所 在 地

名　　称

職・氏名

（委　任　状）

私は、上記請求者を代理人と定め、島根県から受ける特定疾患治療研究費の請求及び受領について委任します。

年　　月　　日

受給者（委任者）　　住　所

氏　名

※1 領収書及び受給者証の写しを添付してください。

2 院外処方の場合は、処方せんの写しも添付してください。

3 領収書の返還をご希望の方は、「償還手続済」印を押印後、返還しますのでお知らせください。

領収書の返還を希望（ する ・ しない ）

裏面に注意事項等が記載してありますのでご覧ください。

※保健所記入欄	債権債務者番号	

様式第7号

保健所受付印

特定疾患治療研究費請求書

島 根 県 知 事　様

下記のとおり請求します。

金　　円

年　　月　　日　　請 求 者　住所

氏名

続柄

＊続柄は受給者からみた場合

（本人以外の場合は、下記委任状の記入が必要です。）

受給者氏名		受給者番号	
特定疾患名			

特 定 疾 患 治 療 研 究 費 支 払 証 明

保険種別	健保（本人 家族）　国保（一般 退職本人 退職家族）　後期高齢 共済（本人 家族）　船員（本人 家族）　介護　その他（　　）		
高齢受給者証（有 無）		保険負担割合	7割 8割 9割（　）割

診療年月日	区　分	総医療費（本事業による医療費助成の対象となる額）（A）	患者本人負担額（Aの額に対する本人負担額）（B）	自己負担限度額（Bが高額療養費の償還払対象となる場合のみ記入）（C）	請求額 B又はCでいずれか少ない額（D）
年　月 日 ～ 日	入　院	円	円	円	円
	食事・生活療養費	円	円	円	円
	外　来	円	円	円	円
	調剤又は訪看	円	円	円	円
年　月 日 ～ 日	入　院	円	円	円	円
	食事・生活療養費	円	円	円	円
	外　来	円	円	円	円
	調剤又は訪看	円	円	円	円
年　月 日 ～ 日	入　院	円	円	円	円
	食事・生活療養費	円	円	円	円
	外　来	円	円	円	円
	調剤又は訪看	円	円	円	円
計					円

年　　月　　日

上記のとおり特定疾患治療研究費として相違ありません。

医療機関等　　所 在 地

名　　称

職・氏名

（委　任　状）

私は、上記請求者を代理人と定め、島根県から受ける特定疾患治療研究費の請求及び受領について委任します。

年　　月　　日

受給者（委任者）　　住　所

氏　名

※1 領収書及び受給者証の写しを添付してください。

2 院外処方の場合は、処方せんの写しも添付してください。

3 領収書の返還をご希望の方は、「償還手続済」印を押印後、返還しますのでお知らせください。

領収書の返還を希望（ する ・ しない ）

裏面に注意事項等が記載してありますのでご覧ください。

※保健所記入欄	債権債務者番号	

（様式第８号）

同　　意　　書

特定疾患治療研究事業に係る医療の給付を受けるにあたり必要があるときは、私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、島根県が私の加入する医療保険者に報告を求めること、また、私の課税状況に関する情報につき、島根県が私の居住地の市町村に報告を求めることに同意します。

年　　月　　日

島根県知事　様

受給者

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被保険者

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

法定代理人（※）

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（本人との続柄：　　）

※　法定代理人とは、代理人の一種で法律により代理権を有することを定められた方のことです。（法定代理人・・・親権者、未成年後見人、成年後見人など）
　受給者が未成年の場合は、保護者の氏名等をご記入ください。

様式第９号

特定疾患医療受給者転入届

年　　月　　日

島　根　県　知　事　　様

届出者

住　　所

氏　　名

電話番号

次のとおり転入しましたので，届け出ます。

フリガナ 患者氏名				
生年月日	年　　月　　日			
住　　所	〒　　－　　（電話　　－　　－　　） 島根県			
転入年月日	年　　月　　日			
※以下受給者のみ記入				
転入前の 受給者番号		転入前の 患者区分	一般　・　重症	
加入医療保険	協会健保　健組　国保　退職国保　国組　共済　船員　後期高齢			
	保険証発行 機関名		被保険者名	
病　　名				
医療機関名				
備　　考				

添付書類　　１　転入前に交付されていた受給者証の写し
２　住民票の写し
３　医療保険の資格情報が確認できる資料（受給者のみ）
４　同意書（様式第１２号）（受給者のみ）