226　間質性膀胱炎（ハンナ型）

**■　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 続柄 |
| 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.いくらか問題がある 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.いくらか問題がある 3.自分でできない |
| ふだんの活動 | 1.問題はない 2.いくらか問題がある 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**

|  |  |
| --- | --- |
| 以下の1～5の症状がある（該当する項目に☑を記入する） | 1.該当　2.非該当 3.不明 |
| □1.頻尿　　□2. 尿意亢進　　□3. 尿意切迫感　　□4.膀胱不快感　　□5.膀胱痛 |

**Ｂ．検査所見**

|  |  |
| --- | --- |
| 膀胱内にハンナ病変を認める | 1.該当　2.非該当 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☑を記入する。 | 1.全て除外可　2.除外不可 3.不明 |
| □過活動膀胱　　□膀胱癌　　□細菌性膀胱炎　　□放射線性膀胱炎　　□結核性膀胱炎　　□薬剤性膀胱炎　　□膀胱結石□前立腺肥大症　　□前立腺癌　　□前立腺炎　　□尿道狭窄　　□尿道憩室　　□尿道炎　　□下部尿管結石　　□子宮内膜症□膣炎　　□神経性頻尿　　□多尿　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**＜診断のカテゴリー＞（該当する項目に☑を記入する）**

|  |
| --- |
| □　Definite：症状（Ａ）、検査所見（Ｂ）、鑑別診断（Ｃ）の全てを満たすもの |

**■　重症度分類に関する事項**

**１）日本間質性膀胱炎研究会作成の重症度基準（該当する項目に☑を記入する）**

|  |
| --- |
| □重症　　（膀胱痛の程度が7点から10点　かつ排尿記録による最大一回排尿量が100ml以下）□中等症 （重症と軽症以外）□軽症 （膀胱痛の程度が0点から3点　かつ排尿記録による最大一回排尿量が200ml以上） |

＊膀胱痛の程度（0-10点）の質問

|  |
| --- |
| 膀胱の痛みについて、平均した強さに最もよくあてはまる項目を選択すること |
| □０（全くない）　　□１　　□２　　□３　　□４　　□５　　□６　　□７　　□８　　□９　　□10（想像できる最大の強さ） |

＊最大一回排尿量　（　　　　　ml）

**■　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 | □自立 □部分介助 □全介助□自立 □部分介助/不可能□自立 □部分介助/不可能□自立 □部分介助 □不能□自立 □部分介助 □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 | □自立 □軽度介助 □部分介助 □全介助□自立 □部分介助 □全介助□自立 □軽度介助 □部分介助 □全介助□自立 □部分介助 □全介助□自立 □部分介助 □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。