

受給者番号

941 メニエール病臨床調査個人票 (新規 更新)

ふりがな			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和				
氏名					日	年	月	日	満	歳
住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		TEL	- -						
発症年月	年	月	初診年月日	年	月	日	診断年月日	年	月	日
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> あり (等級 <input type="text"/> 級) <input type="checkbox"/> なし		介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護 (要介護度 <input type="text"/>)			<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> なし			
生活状況 (最近1年)	社会活動 (<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 家事労働 <input type="checkbox"/> 在宅療養 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他 (<input type="text"/>)) 日常生活 (<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> やや不自由であるが独力で可能 <input type="checkbox"/> 制限があり部分介助 <input type="checkbox"/> 全面介助)									
受診状況 (最近1年)	<input type="checkbox"/> 主に入院 <input type="checkbox"/> 入院と通院半々 <input type="checkbox"/> 主に通院 (/月) <input type="checkbox"/> 往診あり <input type="checkbox"/> 入通院なし <input type="checkbox"/> その他 (<input type="text"/>)									
症状・経過 (症状については、発症以降のものでよい。)	I めまい症状の反復		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		発症と経過 (具体的に記入)					
	めまい発作に伴う									
	II 難聴		有 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側) <input type="checkbox"/> 無							
	III 耳鳴		有 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側) <input type="checkbox"/> 無							
IV 耳閉感		有 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側) <input type="checkbox"/> 無								
検査結果 (耳鼻科学的・神経学的所見を含む)	検査項目		検査結果・所見 (該当するものに☑をしてください。)							
	聴力検査 (年 月 日)		平均聴力レベル (4分法)	右	dB	<input type="checkbox"/> 低音障害 <input type="checkbox"/> 高音障害 <input type="checkbox"/> 水平				
				左	dB					
			めまい発作に関連して、患側の感音性難聴を認める		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
	平衡機能検査 (年 月 日)		1) めまい発作に関連した眼振、体平衡障害		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		眼振の性状 <input type="checkbox"/> 右向き <input type="checkbox"/> 左向き <input type="checkbox"/> 無			
		2) カロリックテスト: CP		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側				
<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT (※実施した検査に☑を記入してください。)		V 蝸牛、前庭、内耳道病変		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側				
その他										
鑑別診断	突発性難聴、その他同様な症候を呈する他疾患 (中枢神経疾患等) との鑑別			<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可						
治療状況	(年 月 現在) 薬物治療等の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (経過観察のみ) 具体的な治療内容									
医師意見										

所属施設名 _____ (TEL - -)

所在地 _____

診療科 _____ 主治医氏名 _____

(指定医番号)

記載年月日: 年 月 日

(注) 診断年月日欄には、認定基準を満たしたと診断した日を記載してください。

I 認定基準

下記診断基準でメニエール病確定診断例（Certain）及び確実例（Definite）に該当するものを助成の対象とする。（※ メニエール病非定型例は、助成の対象とならない。）

<診断基準>（日本めまい平衡医学会作成の診断基準（2017年）に基づく）

A. 症状

1. めまい発作を反復する。めまいは誘因なく発症し、持続時間は10分程度から数時間程度。
2. めまい発作に伴って難聴、耳鳴、耳閉感などの聴覚症状が変動する。
3. 第VIII脳神経以外の神経症状がない。

B. 検査所見

1. 純音聴力検査において感音難聴を認め、初期にはめまい発作に関連して聴力レベルの変動を認める。
2. 平衡機能検査においてめまい発作に関連して水平性または水平回旋混合性眼振や体平衡障害などの内耳前庭障害の所見を認める。
3. 神経学的検査においてめまいに関連する第VIII脳神経以外の障害を認めない。
4. メニエール病と類似した難聴を伴うめまいを呈する内耳・後迷路性疾患、小脳、脳幹を中心とした中枢性疾患など、原因既知の疾患を除外できる。
5. 聴覚症状のある耳に造影MRIで内リンパ水腫を認める。

診断

メニエール病確定診断例（Certain Meniere's disease）

A. 症状の3項目を満たし、B. 検査所見の5項目を満たしたものの。

メニエール病確実例（Definite Meniere's disease）

A. 症状の3項目を満たし、B. 検査所見の1～4の項目を満たしたものの。

メニエール病疑い例（Probable Meniere's disease）

A. 症状の3項目を満たしたものの。

診断にあたっての注意事項

メニエール病の初回発作時には、めまいを伴う突発性難聴と鑑別できない場合が多く、診断基準に示す発作の反復を確認後にメニエール病確実例と診断する。

II 香川県指定難病医療費助成の範囲

1. 認定期間は、原則として1年とする。（更新可）
2. 1年を経過した時点において、めまい症状・聴力等に変動がない場合は更新しない。
ただし、めまい発作・聴力等の変動があり、治療継続の必要性がある場合には更新できるものとする。