

911 突発性難聴臨床調査個人票 (1.新規 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	〒 (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	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(最近1年)	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()					
※ 症状・経過 (症状については、発症以降のものによい。)	I 難聴 1) 発症は突然であるか ・有 ・無 2) 難聴の性質 ・感音性 ・伝音性 ・混合性 ・一側性(左 右) ・両側性			発症と経過(具体的に記入)		
	II 随伴症状 1) 耳鳴 ・有(左 右 両側) ・無 2) めまい ・有 ・無					
検査結果 (耳鼻科学的・神経学的所見を含む)	検査項目	内 容				
	※聴力検査 (年 月 日)	平均聴力レベル (4分法)	左	dB	低音障害 高音障害 水 平	
			右	dB		
	平衡機能検査	1) 眼振(年 月 日) 2) カロリックテスト:CP		有 無 有 無		
	CT・MRI (※実施した検査に○を してください。)	III 蝸牛、前庭、内耳道病変		有 無		
その他						
その他	同様な症候を呈する他疾患との鑑別 (可・不可)					
治療状況	(年 月現在) 薬物治療等の有無 ・有 ・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) ・※印の欄は、必ず記入してください。

・診断年月日欄には、認定基準を満たし、かつ重症度分類(聴力レベルが70dB以上)を満たしたと診断した日を記載してください。

9 1 1 突発性難聴

I 認定基準

下記診断基準の確実例を対象とする。

1. 主症状の特徴

(1)突然に難聴が発生すること。

文字通り即時的な場合もあるが、朝、目がさめて難聴に気付く例もある。これが就寝中に突発的に起こったのか、或る程度の時間がかかったのかは不明であるが、要するに、その時、自分がどうしていたかを明言できるもの。

(2)難聴の性質は高度の感音難聴である。

①必ずしも「高度」である必要はないが、実際問題としては「高度」でないと突然に難聴になったことに気が付かないことが多い。

②recruitment現象の有無は一定せず。

③聴力の改善・悪化の繰返しはない。

④一側性の場合が多いが、両側同時罹患例もある。

(3)難聴の原因が不明であること。(原因が不確実なものも含む。)

即ち、当時カゼ気味であったという例や、ウイルス感染を疑わせる例などがあるが、難聴との因果関係が明瞭でないものは総て含める。

2. 随伴症状の特徴

(1)耳鳴が、難聴の発生と同時、または前後して生じる例が多い。

(2)めまい(嘔気、嘔吐を伴うことがある)が、難聴の発生と同時、または前後して生じることがあるが、めまい発作を繰返すことは無い。

(3)第Ⅷ脳神経以外に顕著な神経症状を伴うことは無い。

3. 診断基準

確実例：1及び2の全条件をみたすもの

疑い例：1の(1)(2)をみたすもの

II 香川県指定難病医療費助成の範囲

1. 認定基準を満たすもののうち、聴力レベルが70dB以上(高度難聴)であるもの。

2. 認定期間は、原則として1年とする。

3. 発症から1年の時点において、症状が固定し治療を要しない場合は、更新しない。

ただし、耳鳴等の症状が持続し、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。