

本臨床調査個人票に記載した内容を診断した日を記載してください。

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	そうむ	たろう	性別	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 令和
氏名	総務	太郎			年	月
住所	〒 7 6 0 - 8 5 7 0 TEL 087-0000-0000 高松市番町4丁目1-10					
発症年月	H10年 5月	初診年月日	H10年 8月 6日	診断年月日	R6年 9月 7日	
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> あり(等級 級) <input checked="" type="checkbox"/> なし		介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護(要介護度) <input type="checkbox"/> 要支援 <input checked="" type="checkbox"/> なし		
生活状況(最近1年)	社会活動(<input checked="" 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()) 日常生活(<input type="checkbox"/> 正常 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 主に通院(0.5/月) <input type="checkbox"/> 往診あり <input type="checkbox"/> 入通院なし <input type="checkbox"/> その他()					
症状・経過	I めまい症状の反復 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		発症と経過(具体的に記入)			
(症状については、発症以降のものでもよい。)	めまい発作に伴う II 難聴 有(<input type="checkbox"/> 右 <input checked="" type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側) <input type="checkbox"/> 無 III 耳鳴 有(<input type="checkbox"/> 右 <input checked="" type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側) <input type="checkbox"/> 無 IV 耳閉感 有(<input type="checkbox"/> 右 <input checked="" type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側) <input type="checkbox"/> 無		左低音部を中心とした急性感音難聴と、回転性めまい発作で発症した。その後、左感音難聴増悪と、めまい発作を反復している。			
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 (R6年9月7日)	平均聴力レベル(4分法)	右	15.0 dB	<input type="checkbox"/> 低音障害 <input type="checkbox"/> 高音障害 <input checked="" type="checkbox"/> 水平	
		めまい発作に関連して、患側の感音性難聴を認める		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	平衡機能検査 (R6年9月7日)	1) めまい発作に関連した眼振、体平衡障害		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	眼振の性状 <input checked="" type="checkbox"/> 右向き <input type="checkbox"/> 左向き <input type="checkbox"/>	
		2) カロリックテスト: CP		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 右 <input checked="" type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/>	
<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/>		
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 checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			
治療状況	(R6年9月現在) 薬物治療等の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無(経過観察のみ) 具体的な治療内容 間歇期には ATP、メコバミンを、めまい発作時に、ジフェニドール、ジフェンヒドラミンを内服している。					
医師意見	左メニエール病に対し、加療を要する。					
所属施設名	○○病院 (Tel 087-0000-0000)					
所在地	○○市○○町12-345					
診療科	耳鼻咽喉科		主治医氏名	○○○○		
(指定医番号)	3	7	S	1	9	1 2 3 4 5
記載年月日	R6年 9月 7日					

診断基準を満たしていることの確認項目です。診察日ではなく、経過中に該当すれば有に☑を記入してください。一つでも×があれば診断基準を満たさないことにご留意ください。

診察時点での眼振の性状を記載してください。診察時点で眼振がなければ無しに☑を記入してください。

認定に必須ではありませんが、カロリックテストを施行していれば記載してください。施行していなければ記載不要です。

病変がなければ無に☑を記載してください。下記の診断基準項目を満たすため必須の項目です。「B. 検査所見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。」

(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。

更新の場合、経過観察のみの場合は助成されないことにご留意ください。めまい発作時に投薬している場合は、有に☑を記載し、「めまい発作時に○○、○○を内服している。」等記載してください。

III 香川県指定難病医療費助成の範囲

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。