

039 中毒性表皮壊死症

■ 行政記載欄

受給者番号		判定結果	☐ 認定 ☐ 不認定
-------	---	------	--

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号								
住所								
生年月日	西暦		年		月		日	*以降、数字は右詰めで記入
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 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	☐ 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 *11 を選択の場合、以下に記入							
	続柄							
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

診断

* SJSは別紙にする

☐ 1. SJS ☒ 2. TEN	
TEN の分類	☐ 1. SJS 進展型 (TEN with spots あるいは TEN without macules) ☐ 2. びまん性紅斑進展型 (TEN without spots、TEN on large erythema) ☐ 3. 特殊型 ☐ 4. 不全型
注) 治療等の修飾により、水疱・びらん・表皮剥離が体表面積 10%に達しなかったものは不全型とする	

A. 症状

理学所見	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
	実施日	西暦 年 月
身長	cm	体重 kg
脈拍	回/分	体温 . 度
拡張期血圧	mmHg	収縮期血圧 mmHg
① 斑 (疹)	広範囲のびまん性紅斑・斑状紅斑 ☒ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	

② 水疱・びらん	皮膚の水疱・びらん、表皮剥離	☒ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明
	皮膚の水疱・びらん、表皮剥離の面積	. % ← 10%を超える数字を入れる
表皮の壊死	皮膚病理組織検査	☐ 1. あり ☐ 2. なし
	表皮の壊死性変化	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明
眼表面上皮欠損と偽膜形成のどちらか、あるいは両方を伴う両眼性の急性角結膜炎		☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明
③ 発熱 (38℃以上)		☒ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明

B. 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
☐ ブドウ球菌性熱傷様皮膚症候群 (SSSS) ☐ トキシックショック症候群 ☐ 伝染性膿痂疹 ☐ 急性汎発性膿疱症 (AGEP) ☐ 自己免疫性水疱症	

<診断のカテゴリー>

Aの①をみとめ、②が体表面積の10%を超え、 ③をみとめ、Bの疾患を全て除外できる	☒ 1. 該当 ☐ 2. 非該当
--	---

症状の概要、経過、特記すべき事項など *250 文字以内かつ7行以内

--

■ 発症と経過

経過の状態	☐ 1. 治癒 ☐ 2. 軽快 ☐ 3. 不変 ☐ 4. 徐々に悪化 ☐ 5. 急速に悪化 ☐ 6. その他					
後遺症	☐ 1. あり ☐ 2. なし					
	後遺症の内容					

■ 治療その他

副腎皮質ステロイドの治療	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
	プレドニゾロン換算	mg/日 (最大量を記載)
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明
ステロイドパルス療法	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明
大量ガンマグロブリン静注療法	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明
血漿交換療法	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明
免疫抑制剤の治療	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
	内容	
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明
その他	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
	内容	
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明

■ 重症度分類に関する事項

スティーヴンス・ジョンソン症候群 (Stevens-Johnson syndrome : SJS)

及び中毒性表皮壊死症 (toxic epidermal necrolysis : TEN) の重症度分類

注)「あり」は各1点 皮膚の水疱・びらんは記載の点数を加算		
1. 粘膜疹 (*慢性期の後遺症としての視力障害、ドライアイを指す。急性期所見としては選択しない。)		
眼病変	結膜充血	☐ なし (0 点) ☐ あり (1 点)
	偽膜形成	☐ なし (0 点) ☐ あり (1 点)
	眼表面の上皮欠損 (びらん)	☐ なし (0 点) ☐ あり (1 点)
	視力障害*	☐ なし (0 点) ☐ あり (1 点)
	ドライアイ*	☐ なし (0 点) ☐ あり (1 点)
口唇・ 口腔内病変	口腔内広範囲に血痂、出血を伴うびらん	☐ なし (0 点) ☐ あり (1 点)
	口唇の血痂、出血を伴うびらん	☐ なし (0 点) ☐ あり (1 点)
	広範囲に血痂、出血を伴わないびらん	☐ なし (0 点) ☐ あり (1 点)
陰部びらん		☐ なし (0 点) ☐ あり (1 点)
2. 皮膚の水疱・びらん		☐ 10%未満 (1 点) ☐ 10%以上 30%未満 (2 点) ☐ 30%以上 (3 点)
3. 38℃以上の発熱		☐ なし (0 点) ☐ あり (1 点)
4. 呼吸器障害		☐ なし (0 点) ☐ あり (1 点)
5. 表皮の全層性壊死性変化		☐ なし (0 点) ☐ あり (1 点)
6. 肝機能障害 (ALT>100IU/L)		☐ なし (0 点) ☐ あり (1 点)
合計点		点
以下はスコアに関わらず重症と判断する (※) ☐ 眼表面 (角膜・結膜) の上皮欠損 (びらん)、あるいは偽膜形成が高度なもの ☐ SJS/TEN に起因する呼吸障害がみられる ☐ びまん性紅斑進展型 TEN		
重症度	☐ 軽症 (2 点未満) ☐ 中等症 (2 点以上 6 点未満) ☐ 重症 (6 点以上あるいは※を満たす)	

医薬品副作用被害救済制度 注) 副作用によるものとされている場合は医療費助成対象から除く		
医薬品副作用被害救済制度に該当	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当	
	該当する 医薬品名	

■ 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. 気管切開孔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	☐ 自立 ☐ 部分介助 ☐ 全介助	
	車椅子とベッド間の移動	☐ 自立 ☐ 軽度介助 ☐ 部分介助 ☐ 全介助	
	整容	☐ 自立 ☐ 部分介助/不可能	
	トイレ動作	☐ 自立 ☐ 部分介助 ☐ 全介助	
	入浴	☐ 自立 ☐ 部分介助/不可能	
	歩行	☐ 自立 ☐ 軽度介助 ☐ 部分介助 ☐ 全介助	
	階段昇降	☐ 自立 ☐ 部分介助 ☐ 不能	
	着替え	☐ 自立 ☐ 部分介助 ☐ 全介助	
	排便コントロール	☐ 自立 ☐ 部分介助 ☐ 全介助	
	排尿コントロール	☐ 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													*ハイフンを除き、左詰めで記入
医師の氏名	印 ※自筆または押印のこと												
記載年月日	西暦					年			月			日	

- ・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です。）
- ・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 か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 26 年 11 月 12 日健発 1112 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。