

臨床調査個人票 正誤表

ver.3

No.	告示番号	疾病名	項目	正	誤
1	3	脊髄性筋萎縮症	D. 鑑別診断	<input type="checkbox"/> 8.感染症に関連した下位運動ニューロン障害(ポリオ後症候群など)	<input type="checkbox"/> 8.感染症に関連した下位運動ニューロン障害(ポリオ症候群など)
2	5	進行性核上性麻痺	A. 症状	錐体外路症候 振戦 姿勢時	錐体外路症候 振戦 静止時
3	10	シャルコー・マリー・トゥース病	治療その他 手術部位:その他の部位	その他の 手術	その他の 部位 ※2番目の項目の表記修正
4	21	ミトコンドリア病	診断	<input type="checkbox"/> 1.慢性進行性外眼筋麻痺症候群(QPEO)(カーンズ・セイヤー(Kearns-Sayre)症候群を含む)	<input type="checkbox"/> 1.慢性進行性外眼筋麻痺症候群(QPEO)(カーンズ・セイヤー(Kearns-Sayre)症候群を含む)
5	28	全身性アミロイドーシス	<診断のカテゴリー>	(A)免疫グロブリン性及び老人性TTRアミロイドーシス:(A)または(C)から選択	(A)免疫グロブリン性、反応性AA及び、老人性TTRアミロイドーシス:(A)または(C)から選択
6	41	巨細胞性動脈炎	A. 症状	大動脈弁閉鎖不全症 <input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明	大動脈閉鎖不全症 <input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明
7	44	多発血管炎性肉芽腫症	<診断のカテゴリー>	<input type="checkbox"/> Probable(b):以下の主要症状の1項目と以下検査所見1.~3.の1項目以上を示す 主要症状 <input type="checkbox"/> 臓器症状:紫斑、多関節炎(痛)、上強膜炎、多発性 単神経炎 、	<input type="checkbox"/> Probable(b):以下の主要症状の1項目以上と以下検査所見1.~3.の1項目以上を示す 主要症状 <input type="checkbox"/> 臓器症状:紫斑、多関節炎(痛)、上強膜炎、多発性 神経炎 、
8	46	悪性関節リウマチ	B. 検査所見	抗CCP抗体#	抗CCP抗体(9)#
9	52	混合性結合組織病	重症度分類に関する事項	中等症 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> リンパ節腫脹 <input type="checkbox"/> 筋炎 <input type="checkbox"/> 食道運動機能障害 <input type="checkbox"/> 漿膜炎 <input type="checkbox"/> 腎障害 <input type="checkbox"/> 皮膚血管炎 <input type="checkbox"/> 皮膚潰瘍 <input type="checkbox"/> 手指末端部壊死 <input type="checkbox"/> 肺線維症 <input type="checkbox"/> 末梢神経炎 <input type="checkbox"/> 骨破壊性関節炎	中等症 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> リンパ節腫脹 <input type="checkbox"/> 食道運動機能障害 <input type="checkbox"/> 漿膜炎 <input type="checkbox"/> 腎障害 <input type="checkbox"/> 皮膚血管炎 <input type="checkbox"/> 皮膚潰瘍 <input type="checkbox"/> 手指末端部壊死 <input type="checkbox"/> 肺線維症 <input type="checkbox"/> 末梢神経炎 <input type="checkbox"/> 骨破壊性関節炎
10	53	シェーグレン症候群	B.検査所見	2.口腔検査 a. Stage I (直径1mm 未満 の小点状陰影)以上の異常所見	2.口腔検査 a. Stage I (直径1mm 以下 の小点状陰影)以上の異常所見
11	56	ベーチェット病	C. 鑑別診断 口腔粘膜症状をもつ疾患	<input type="checkbox"/> 2. 急性外陰部潰瘍(Lipschutz潰瘍)	<input type="checkbox"/> 2.Lipschutz 陰部潰瘍
12	57	特発性拡張型心筋症	B.検査所見	2.心電図 電気軸	2.心電図 機軸度
13	57	特発性拡張型心筋症	B.検査所見	記載不要(誤りのため)	3.心エコー図 左室流入血流 <input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
14	58	肥大型心筋症	B.検査所見	2.心電図(新規) 電気軸	2.心電図(新規) 機軸度

No.	告示番号	疾病名	項目	正	誤
15	59	拘束型心筋症	重症度分類に関する事項	拘束型心筋症重症度分類 □2.中等症:NYHAⅡ度であり、かつ不整脈(2)・入院歴(2)・BNP/NT-proBNP(2)のいずれかを満たす	拘束型心筋症重症度分類 □2.中等症:NYHAⅡ度であり、かつ不整脈(2)・入院歴(2)・BNP/NT-proBNP(3)のいずれかを満たす
16	66	IgA腎症	<診断のカテゴリー>	□Definite: 下記(2)を必須所見とし、鑑別診断(C-1)の疾病を全て除外できる	□Definite: 下記(2)を必須所見とし(1)、(3)のいずれかが観察され、鑑別診断(C-1)の疾病を全て除外できる
17	68	黄色靭帯骨化症	重症度分類に関する事項 知覚	上肢 <input type="checkbox"/> 0.明白な知覚障害がある。 <input type="checkbox"/> 1.軽度の知覚障害又はしびれ感がある。 <input type="checkbox"/> 2.正常 下肢 <input type="checkbox"/> 0.明白な知覚障害がある。 <input type="checkbox"/> 1.軽度の知覚障害又はしびれ感がある。 <input type="checkbox"/> 2.正常 躯幹 <input type="checkbox"/> 0.明白な知覚障害がある。 <input type="checkbox"/> 1.軽度の知覚障害又はしびれ感がある。 <input type="checkbox"/> 2.正常	上肢 <input type="checkbox"/> 1.明白な知覚障害がある。 <input type="checkbox"/> 2.軽度の知覚障害又はしびれ感がある。 <input type="checkbox"/> 3.正常 下肢 <input type="checkbox"/> 1.明白な知覚障害がある。 <input type="checkbox"/> 2.軽度の知覚障害又はしびれ感がある。 <input type="checkbox"/> 3.正常 躯幹 <input type="checkbox"/> 1.明白な知覚障害がある。 <input type="checkbox"/> 2.軽度の知覚障害又はしびれ感がある。 <input type="checkbox"/> 3.正常
18	69	後縦靭帯骨化症	重症度分類に関する事項 知覚	上肢 <input type="checkbox"/> 0.明白な知覚障害がある。 <input type="checkbox"/> 1.軽度の知覚障害又はしびれ感がある。 <input type="checkbox"/> 2.正常 下肢 <input type="checkbox"/> 0.明白な知覚障害がある。 <input type="checkbox"/> 1.軽度の知覚障害又はしびれ感がある。 <input type="checkbox"/> 2.正常 躯幹 <input type="checkbox"/> 0.明白な知覚障害がある。 <input type="checkbox"/> 1.軽度の知覚障害又はしびれ感がある。 <input type="checkbox"/> 2.正常	上肢 <input type="checkbox"/> 1.明白な知覚障害がある。 <input type="checkbox"/> 2.軽度の知覚障害又はしびれ感がある。 <input type="checkbox"/> 3.正常 下肢 <input type="checkbox"/> 1.明白な知覚障害がある。 <input type="checkbox"/> 2.軽度の知覚障害又はしびれ感がある。 <input type="checkbox"/> 3.正常 躯幹 <input type="checkbox"/> 1.明白な知覚障害がある。 <input type="checkbox"/> 2.軽度の知覚障害又はしびれ感がある。 <input type="checkbox"/> 3.正常
19	73	下垂体性TSH分泌亢進症	B.検査所見	甲状腺ヨード摂取率(シンチグラフィー) □ 1.びまん性	甲状腺ヨード摂取率(シンチグラフィー) □ 1.びまん
20	78	下垂体前葉機能低下症 (ゴナドトロピン分泌低下症)	<診断のカテゴリー>	□ 3.LH-RH 試験に対して血中ゴナドトロピンは低いし無反応。 <u>ただし、視床下部性ゴナドトロピン分泌低下症の場合は、GnRH (LHRH)の1回又は連続投与で正常反応を示すことがある。</u>	□ 3.LH-RH 試験に対して血中ゴナドトロピンは低いし無反応

No.	告示番号	疾病名	項目	正	誤
21	85	特発性間質性肺炎	診断のカテゴリー	特発性肺線維症以外の間質炎: <u>下記⑤を満たさないもので</u> 、B.の病理学的所見で 2.NSIP~7.LIPいずれかと診断され、臨床所見、画像所見、BAL 液所見などと矛盾しない症例	特発性肺線維症以外の間質炎: <u>下記①~④を満たし</u> 、B.の病理学的所見で 2.NSIP~7.LIPいずれかと診断され、臨床所見、画像所見、BAL 液所見などと矛盾しない症例
22	94	原発性硬化性胆管炎	B.検査所見	AST □□□□□IU/L	AST □□□□□IU/mL
				ALT □□□□□IU/L	ALT □□□□□IU/mL
				ALP □□□□□IU/L	ALP □□□□□IU/mL
				γGTP □□□□□IU/L	γGTP □□□□□IU/mL
23	97	潰瘍性大腸炎	■その他の臨床情報 A. 発症と経過 4. 難治性の該当	種類 □1. ステロイド 抵抗性 □2. ステロイド依存性	種類 □1. ステロイド □2. ステロイド依存性
24	101	腸管神経節細胞減少症	重症度分類に関する事項	□ 4.継続的な消化管減圧を必要とする(消化管減圧とは、腸瘻、胃瘻、 経鼻胃管 、イレウス管、経肛門管などによる腸内容のドレナージをさす)	□ 4.継続的な消化管減圧を必要とする(消化管減圧とは、腸瘻、胃瘻、イレウス管、経肛門管などによる腸内容のドレナージをさす)
25	140	トラベ症候群	重症度分類に関する事項	■重症度分類に関する事項 「G40てんかん」の障害等級判定区分	「G40てんかん」の障害等級判定区分
26	251	尿素サイクル異常症	D. 遺伝学的検査	□CPS1 □ <u>OTC</u> □ASS □ASL □ARG1 □NAGS	□CPS1 □ <u>OTQ</u> □ASS □ASL □ARG1 □NAGS
27	271	強直性脊椎炎	重症度分類に関する事項	薬物治療が無効の 高度な破壊や変形を伴う末梢関節炎がある	薬物治療が無効で 高度の機能障害のため外科的治療が必要な末梢関節炎
28	271	強直性脊椎炎	C. 鑑別診断	(削除)	□ <u>線維筋痛症</u>
29	299	嚢胞性線維症	重症度分類に関する事項	%予測1秒量(%FEV1) □ 軽度: 70%以上89% <u>以下</u> □ 中等度: 40%以上69% <u>以下</u>	%予測1秒量(%FEV1) □ 軽度: 70%以上89% <u>未満</u> □ 中等度: 40%以上69% <u>未満</u>
				18歳未満(%BMI)の場合 □ 軽度: 25%以上49% <u>以下</u>	18歳未満(%BMI)の場合 □ 軽度: 25%以上49% <u>未満</u>
				18歳以上(BMI)の場合 □ 軽度: 18.5以上21.9 <u>以下</u>	18歳以上(BMI)の場合 □ 軽度: 18.5以上21.9 <u>未満</u>