

5 具体的な治療内容およびその反応性について、記載してください。

6 記載日前6か月以内の視力検査結果について、記載してください(他の眼病変等に伴う一時的な視力低下を除き、最も悪い状態について記載してください。3と同じ検査結果でも、必ず記載してください)。

視力 右 () 左 () (検査年月: 年 月 日)

医療機関名

医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

医療機関所在地

担当医師 氏名

記載年月日: 令和 年 月 日

※自筆または押印のこと

診断年月日: 令和 年 月 日

- (注) 1 病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、認定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)。
 2 治療開始後における重症度分類については、認定基準上に特段の規定がない場合には、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。
 3 診断年月日欄には、本臨床調査個人票に記載された内容を診断した日を記載してください。
 4 記入漏れのある場合、鑑別診断が不十分な場合、添付資料に不足がある場合等は認定できないことがあります。
 5 臨床調査個人票の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。

◆網膜脈絡膜萎縮症の医療費等助成認定基準◆

(診断基準)

医療費助成の対象は、眼底後極部網膜脈絡萎縮症に限る。

以下の1から5までの全てを満たし、両眼とも矯正視力が0.1以下であるもの

- 1 経過が進行性である(記載時点までの病歴も含む)。
 2 自覚症状(視力低下、中心暗点、色覚異常)の中で2項目以上がみられる。
 3 眼底所見(黄斑変性、黄斑部出血、黄斑部白斑、黄斑部浮腫、黄斑部網膜分離、網脈絡膜萎縮、lacquer crack lesion)の中で1項目以上みられる。
 4 蛍光眼底造影で特徴的な所見がある(この検査は可能な場合のみ実施する)。
 5 以下の鑑別診断が除外できるもの
 原田病、トキソプラズマ感染、結核、梅毒、薬剤性視力障害(クロロキン、エタンブトール、メチルアルコール等)、外傷等

(重症度分類等)

両眼とも矯正視力が0.1以下であるものを重症例として対象とする(ただし、他の眼病変等に伴う一時的な視力低下を除く)。