

90 網膜色素変性症

P3

網膜電図（新規）	
実施日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
異常の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未実施
	<input type="checkbox"/> 減弱型 <input type="checkbox"/> 陰性型 <input type="checkbox"/> 消失型
光干渉断層像（新規）	
中心窩におけるEZの異常	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未実施
	<input type="checkbox"/> 不連続 <input type="checkbox"/> 消失

P3

視野狭窄（視野狭窄ありとは、中心の残存視野がゴールドマン I-4 視標で20度以内）	
実施日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
右の視野狭窄	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	内容 <input type="checkbox"/> 1. 求心性 <input type="checkbox"/> 2. 輪状暗点 <input type="checkbox"/> 3. 地図状暗点 <input type="checkbox"/> 4. 中心暗点
左の視野狭窄	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	内容 <input type="checkbox"/> 1. 求心性 <input type="checkbox"/> 2. 輪状暗点 <input type="checkbox"/> 3. 地図状暗点 <input type="checkbox"/> 4. 中心暗点

新規申請時には網膜電図及び視野検査データ（ゴールドマンまたはハンフリー検査）の添付をお願いしております。

臨床調査個人票をお渡しの際に、当該データも併せてお渡しく下さい。

90 網膜色素変性症②

P4

<診断のカテゴリー>

①～⑤のすべてを満たす	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
<input type="checkbox"/> ① 進行性の病変である		
<input type="checkbox"/> ② Aの自覚症状でいずれか1つ以上の症状がみられる		
<input type="checkbox"/> ③ Bの眼底所見で、いずれか2つ以上の所見がみられる		
<input type="checkbox"/> ④ Bの網膜電図で異常がみられる		
<input type="checkbox"/> ⑤ Cで炎症性又は続発性でない		

P4

■ 発症と経過

自覚症状が進行性である	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
-------------	--------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

診断のカテゴリーの①と⑤の記載誤りが散見されます。整合性にご注意ください。

P4

C. 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。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可	<input type="checkbox"/> 2. 除外不可	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 1. 炎症性（梅毒、トキソプラズマ感染など）	<input type="checkbox"/> 2. 続発性（中毒性、外傷、網膜剥離など）		