

サーベイランス資料

病院長 殿

厚生労働省 プリオン病のサーベイランスと感染予防に関する調査研究班 班長
水澤英洋（東京医科歯科大学大学院 脳神経病態学（神経内科学）教授）
同 クロイツフェルト・ヤコブ病サーベイランス委員会 委員長
山田正仁（金沢大学大学院 脳老化・神経病態学（神経内科学）教授）

クロイツフェルト・ヤコブ病サーベイランスに関する協力依頼

謹啓

時下、先生には益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

クロイツフェルト・ヤコブ病（CJD）および、その類縁疾患は進行性の神経難病ですが、その感染や発病のメカニズム、感染防止策、治療法等は未だ解明されておりません。ウシ海綿状脳症（BSE）からの感染が考えられる新しいタイプのCJD（変異型CJD）が発生が世界的な大問題となり、また、我が国においても、硬膜移植後のCJDが多発し、ウシにBSEが発生するなど、これらの疾患の発生の動向を把握することは、極めて重要な課題となっております。

平成8年度、厚生省『CJDに関する緊急調査研究班』（佐藤 猛班長）による全国調査（過去11年間の調査）が行われ、その後厚生省によるCJD及びその類縁疾患調査に引き継がれ、平成11年度より厚生省プリオン病及び遅発性ウイルス感染症研究班CJDサーベイランス委員会、平成22年度より厚生労働省プリオン病のサーベイランスと感染予防に関する調査研究班CJDサーベイランス委員会において、CJDを中心としたプリオン病に関する患者発症状況について全国的な疫学調査を継続しております。

本調査の目的は、本症の疫学動態を明らかにすることにより、感染防止対策を確立し、病態の解明、早期診断法や治療法の開発を目指すことであります。

サーベイランス委員会の地域ブロック担当の委員/厚生労働省の指定する都道府県CJD担当専門医が調査にうかがいますので、御協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

なお、患者さんを始め貴院のプライバシーについては十分配慮いたします。

以上、重ねてお願い申し上げます。

謹白

水澤英洋
山田正仁

健医発 1 3 1 9 号

平成 1 2 年 9 月 1 1 日

社団法人 日本医師会
会 長 坪井 栄孝 殿

厚生省保健医療局長

クロイツフェルト・ヤコブ病に関する調査について（依頼）

難病対策の推進につきましては、かねてからご尽力を賜っているところであり、感謝申し上げます。

さて、平成 1 2 年度よりクロイツフェルト・ヤコブ病を中心としたプリオン病に関する患者発生状況を厚生省「遅発性ウイルス研究班・サーベイランス委員会」において全国的に疫学調査をすることとなりました。本研究の目的は、特定疾患治療研究事業により各都道府県から同サーベイランス委員会に送付された臨床調査個人票に基づき、本症の年次的な疫学動態を明らかにすることで、感染防止対策を確立し、早期診断法や治療法の開発を目指すことであります。

医療機関へは同サーベイランス委員会委員長（国立精神・神経センター国府台病院、佐藤 猛名誉院長）より連絡することとしており、調査は、ブロック担当調査班員がそれぞれ医療機関へ伺い行うこととしております。

つきましては、本調査研究へのご理解を賜りますとともに、特定疾患治療研究事業の委託を受けている、貴団体所属関係機関に対する協力方につきご依頼いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

なお、参考までに、調査の概要、調査票及びチェック項目表を添付いたします。

健医疾発 74号

平成12年9月8日

社団法人 日本病院会会長 殿
社団法人 全日本病院協会会長 殿
社団法人 全国自治体病院協議会会長 殿
社団法人 日本精神病院協会会長 殿

厚生省保健医療局エイズ疾病対策課長

クロイツフェルト・ヤコブ病に関する調査について（依頼）

平成12年度よりクロイツフェルト・ヤコブ病を中心としたプリオン病に関する患者発生状況を厚生省「遅発性ウイルス研究班・サーベイランス委員会」において全国的に疫学調査をすることとなりました。本研究の目的は、特定疾患治療研究事業により各都道府県から同サーベイランス委員会に送付された臨床調査個人票に基づき、本症の年次的な疫学動態を明らかにすることで、感染防止対策を確立し、早期診断法や治療法の開発を目指すことであります。

医療機関へは同サーベイランス委員会委員長（国立精神・神経センター国府台病院、佐藤 猛名誉院長）より連絡することとしており、調査は、ブロック担当調査班員がそれぞれ医療機関へ伺い行うこととしております。

つきましては、貴職におかれましては、本調査研究へのご理解を賜りますとともに、特定疾患治療研究事業の委託を受けている、貴団体所属関係機関に対する協力方につきご依頼いただきますようお願い申し上げます。

なお、参考までに、調査の概要、調査票及びチェック項目表を添付いたします。

患者様ならびにご家族の方へ

クロイツフェルト・ヤコブ病サーベイランス（実地調査）のお願い

厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患克服研究事業

「プリオン病のサーベイランスと感染予防に関する調査研究」班 班長

水澤英洋（東京医科歯科大学大学院 脳神経病態学（神経内科学）教授）

同 クロイツフェルト・ヤコブ病サーベイランス委員会 委員長

山田正仁（金沢大学大学院 脳老化・神経病態学（神経内科学）教授）

クロイツフェルト・ヤコブ病（以下 CJD と略します）やその類縁の疾患は進行性の神経系の難病で、近年、ウシ海綿状脳症（BSE）からの感染が考えられる新しいタイプの CJD（変異型 CJD と呼ばれます）が発生するなど大きな社会問題となっております。しかし、これらの疾患の発病のメカニズム、予防策、治療法などは未だ解明されておりせん。ここで皆様をお願いするサーベイランス調査は、これらの疾患の発生動向を明らかにし、感染予防、新しい診断法、有効な治療法の開発などに役立たせることを目的としております。

「プリオン病のサーベイランスと感染予防に関する調査研究」班では、平成 11 年度から CJD サーベイランス委員会を発足させ、厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患克服研究事業により患者さんから各都道府県に提出された臨床調査個人票等に基づき、CJD に罹患されている患者さんのご承諾を得て、サーベイランス実地調査を実施してまいりました。現在、全国を 10 の地域ブロックに区分し、それぞれのブロックにサーベイランス委員をおき、更に全都道府県に配置された CJD 担当専門医の協力のもとに、直接、患者さんの病状を調べさせていただいております。

具体的には、診察をさせていただき、同時に検査結果も拝見させていただき、その記録を調査・研究のために使わせていただくことをお願い申し上げます。このことをお願いするにあたりまして、以下のことをお約束いたします。

- ・ この調査・研究を実施するために、あなたの治療・処置方針が変えられるということは決してありません。
- ・ 調査の結果は後日主治医の先生にお知らせしますので、あなたは主治医の先生からそれをお聞きになることができます。
- ・ プライバシーをお守りすることをお約束いたします。個人を特定するようなデータが外部にもれたり、公表されるようなことは決してありません。また、ご了承なしに「遺伝子診断」などの検査を勝手に行うことはありません。
- ・ 説明文を御覧になり、主治医の先生からの説明を十分お聞きになり、ご理解、ご協力がいただけましたら、ご面倒ですが「同意文書」にご署名下さるようお願いいたします。なお、同意なさらなくても、不利益をこうむることは一切ありませんし、いったん同意なさった後でも、いつでも同意を撤回することができます。必ずお気持ちを尊重いたします。

同意書

厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患克服研究事業

「プリオン病のサーベイランスと感染予防に関する調査研究」班

クロイツフェルト・ヤコブ病サーベイランス委員会 委員長 山田正仁先生

「プリオン病のサーベイランスと感染予防に関する調査研究」班 クロイツフェルト・ヤコブ病サーベイランス（実地調査）について、その目的について説明を受け、調査・研究の意義・必要性について理解いたしました。サーベイランスについて、私の臨床記録を提供するというかたちで協力を依頼され、その際に、これらの臨床記録が調査研究の基礎資料として利用されること、プライバシーが守られること、同意については全く自由な意志で行うことができ、しかもいったん同意した後でもそれを撤回できることを説明され確認いたしました。

以上の理解に基づいて、この調査・研究に協力することに同意します。

平成 年 月 日

患者氏名

本人または代諾者 氏名 印
住所

主治医または説明者 氏名 印
所属

以上

主治医の先生にお願い

この同意書は患者の個人情報保護のため先生の方で保管して下さい。 同意が得られたことを示すために、この確認書（様式2）に必要事項を記入の上、調査に伺いました担当者にお渡しください。

様式 2

「プリオン病のサーベイランスと感染予防に関する調査研究」班
クロイツフェルト・ヤコブ病サーベイランス（実地調査）についての同意確認書

厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患克服研究事業

「プリオン病のサーベイランスと感染予防に関する調査研究」班

クロイツフェルト・ヤコブ病サーベイランス委員会 委員長 山田正仁先生

下記の患者について、クロイツフェルト・ヤコブ病サーベイランスに協力すること
についての書面による同意が得られましたので、ご連絡いたします。

平成 年 月 日

主治医氏名

所 属

記

患者氏名（イニシャル）

生年月日 M T S H 年 月 日

性別 男 女

同意者 患者本人 代諾者（本人との関係）

主治医の先生にお願い

様式 1 の同意書は患者の個人情報保護のため先生の方で保管して下さい。同意が得られたことを示すために、この確認書（様式 2）に必要事項を記入の上、調査に伺いました担当者にお渡しください。

クロイツフェルト・ヤコブ病及び類縁疾患サーベイランス調査票

サーベイランスNo	イニシャル(姓・名)	性別	1. 男 2. 女	生年月日	明治、大正 昭和、平成	年 月 日
出生地(都道府県・市町村名)	主な生活場所(都道府県名)	現在の住所(都道府県名)		カルテ番号		
発症年月	年 月	初診日	年 月 日	受診状況	1. 通院 2. 入院 3. 在宅 4. 死亡 (死亡日 平 年 月 日)	
家族歴	1. 有 2. 無 3. 不明	1. 有 の場合	父・母・兄・姉・弟・妹・祖父・祖母(父方・母方)他() CJD・認知症・その他()			
職業歴		食品嗜好など				
接触歴	1) 他のCJD患者(組織等)との接触歴 1. 有 2. 無 3. 不明 (有の場合、内容) 2) 動物との職業的接触歴 1. 有 2. 無 有の場合 a. と畜・食肉処理等 b. (牛・羊・山羊・豚・馬・他) c. その他の動物に接触する職業 () 3) 海外渡航歴 イギリス 1. 有 2. 無 有の場合 (年頃, 期間: 年, 月, 週, 日) イギリスを除くEU諸国 1. 有 2. 無 有の場合 (国名: 年頃, 期間: 年, 月, 週, 日)					
既往歴	手術歴 1. 有 2. 無 3. 不明 病名 施設 1) 脳 1. 有 2. 無 3. 不明 昭・平 年 月 日 () () 2) 脊髄 1. 有 2. 無 3. 不明 昭・平 年 月 日 () () 3) 他の神経系 1. 有 2. 無 3. 不明 昭・平 年 月 日 () () 4) 外傷 1. 有 2. 無 3. 不明 昭・平 年 月 日 () () 5) 他の手術 1. 有 2. 無 3. 不明 昭・平 年 月 日 () () 昭・平 年 月 日 () () 硬膜移植 1. 確実有(下記) 2. 可能性が高い(下記) 3. 不明(可能性を否定はできない) 4. 無 使用硬膜製品名() Lot No. サイズ cm× cm 手術名() 手術実施施設名() 主治医名() その他の臓器移植・製剤による治療歴 1. 有 2. 無 3. 不明 1. 有の場合: 角膜移植・成長ホルモン製剤・その他() 実施時期: 昭・平 年 月 日, 実施施設: 歯科(インプラント術) 1. 有 2. 無 3. 不明 昭・平 年 月 日 (施設名) 輸血歴 1. 有 2. 無 3. 不明 昭・平 年 月 日 (施設名) 献血歴 1. 有 2. 無 3. 不明 昭・平 年 月 日 (施設名) 鍼治療歴 1. 有 2. 無 3. 不明 昭・平 年 月 日 (施設名) 内視鏡検査歴 1. 有 2. 無 3. 不明 昭・平 年 月 日 (施設名) 既往歴 1. 有 2. 無 3. 不明 病名 発症 大・昭・平 年 月 日 病名 発症 大・昭・平 年 月 日					
症状	経過 進行性で 1. ある 2. ない 3. 不明 () 症状 初発症状() 1) ミオクローヌス 1. 有 2. 無 3. 不明 平 年 月 から 2) 進行性認知症又は意識障害 1. 有 2. 無 3. 不明 平 年 月 から 3) 錐体路症候 1. 有 2. 無 3. 不明 平 年 月 から 4) 錐体外路症候 1. 有 2. 無 3. 不明 平 年 月 から 5) 小脳症候 1. 有 2. 無 3. 不明 平 年 月 から 6) 視覚異常 1. 有 2. 無 3. 不明 平 年 月 から 7) 精神症候 1. 有 2. 無 3. 不明 平 年 月 から 8) 無動・無言状態 1. 有 2. 無 3. 不明 平 年 月 から 9) その他の症候 症候 平 年 月 から 症候 平 年 月 から					
検査	1) 脳波(検査時期: 平成 年 月 日): PSD 1. 有 2. 無 (基礎律動の徐波化 1. 有 2. 無 3. 不明) 3. 不明 2) 画像: CT・MRIで脳萎縮 1. 有 2. 無 3. 不明 (検査時期: 平成 年 月 日) MRI 1. 有 [(検査時期: 平成 年 月 日), 撮影法: 1. 拡散強調 2. FLAIR 3. T2強調], 2. 無 MRI上の高信号 1. 有 (1. 大脳皮質 2. 基底核 3. 視床 4. その他) 2. 無 3. 不明 3) プリオン蛋白(PrP)遺伝子検査 1. 施行 [変異: 1. 有 2. 無 3. 不明 内容()] 2. 未施行 (検査施設:) コドン129の多型 Met/Met, Met/Val, Val/Val コドン219の多型 Glu/Glu, Glu/Lys, Lys/Lys 4) 脳脊髄液 1. 施行 2. 未施行 (検査時期: 平成 年 月 日) 蛋白量: (正・増 mg/dl) 細胞数: (正・増 /3) NSE: (正・増 ng/ml) 14-3-3: (正・増) (検査施設:) 総タウ: (正・増)					

脳病理 (資料添付)	1.有(1.生検 2.剖検 /標本の所在: 標本番号) 2.無 病理:海綿状変化 1.有 2.無 3.不明, ケーラー斑 1.有 2.無 3.不明, 病型(1.CJD典型 2.他(視床型等):) 異常PrP検出:PrP免疫染色 1.施行[陽性(),陰性] 2.未施行 PrP Westernブロット 1.施行[陽性(1型,2型,),陰性] 2.未施行																																
鑑別診断	<table border="0"> <tr> <td>1) アルツハイマー型認知症</td> <td>1.鑑別できる</td> <td>2.鑑別できない</td> </tr> <tr> <td>2) 脳血管性認知症</td> <td>1.鑑別できる</td> <td>2.鑑別できない</td> </tr> <tr> <td>3) 脊髄小脳変性症</td> <td>1.鑑別できる</td> <td>2.鑑別できない</td> </tr> <tr> <td>4) パーキンソン認知症候群</td> <td>1.鑑別できる</td> <td>2.鑑別できない</td> </tr> <tr> <td>5) 認知症を伴う運動ニューロン疾患</td> <td>1.鑑別できる</td> <td>2.鑑別できない</td> </tr> <tr> <td>6) ピック病</td> <td>1.鑑別できる</td> <td>2.鑑別できない</td> </tr> <tr> <td>7) 単純ヘルペス等のウイルス性脳炎</td> <td>1.鑑別できる</td> <td>2.鑑別できない</td> </tr> <tr> <td>8) 脳原発性リンパ腫</td> <td>1.鑑別できる</td> <td>2.鑑別できない</td> </tr> <tr> <td>9) 代謝性脳症・低酸素脳症</td> <td>1.鑑別できる</td> <td>2.鑑別できない</td> </tr> <tr> <td>10) その他の病因による認知症性疾患</td> <td>1.鑑別できる</td> <td>2.鑑別できない</td> </tr> </table>			1) アルツハイマー型認知症	1.鑑別できる	2.鑑別できない	2) 脳血管性認知症	1.鑑別できる	2.鑑別できない	3) 脊髄小脳変性症	1.鑑別できる	2.鑑別できない	4) パーキンソン認知症候群	1.鑑別できる	2.鑑別できない	5) 認知症を伴う運動ニューロン疾患	1.鑑別できる	2.鑑別できない	6) ピック病	1.鑑別できる	2.鑑別できない	7) 単純ヘルペス等のウイルス性脳炎	1.鑑別できる	2.鑑別できない	8) 脳原発性リンパ腫	1.鑑別できる	2.鑑別できない	9) 代謝性脳症・低酸素脳症	1.鑑別できる	2.鑑別できない	10) その他の病因による認知症性疾患	1.鑑別できる	2.鑑別できない
1) アルツハイマー型認知症	1.鑑別できる	2.鑑別できない																															
2) 脳血管性認知症	1.鑑別できる	2.鑑別できない																															
3) 脊髄小脳変性症	1.鑑別できる	2.鑑別できない																															
4) パーキンソン認知症候群	1.鑑別できる	2.鑑別できない																															
5) 認知症を伴う運動ニューロン疾患	1.鑑別できる	2.鑑別できない																															
6) ピック病	1.鑑別できる	2.鑑別できない																															
7) 単純ヘルペス等のウイルス性脳炎	1.鑑別できる	2.鑑別できない																															
8) 脳原発性リンパ腫	1.鑑別できる	2.鑑別できない																															
9) 代謝性脳症・低酸素脳症	1.鑑別できる	2.鑑別できない																															
10) その他の病因による認知症性疾患	1.鑑別できる	2.鑑別できない																															
診断	<p>1)孤発性クロイツフェルト・ヤコブ病(sCJD) (型※)※ コドン129の多型とWestern blotの型による</p> <p>1. 確実例 (特徴的な病理所見を有する又はウェスタンブロット法や免疫染色法で脳に異常PrPを検出)</p> <p>2. ほぼ確実例 (病理所見がない症例で,進行性認知症を示し,脳波でPSDを認める.更に,ミオクローヌス,錐体路/錐体外路障害,小脳症状/視覚異常,無言・無動状態のうち2項目以上示す.あるいは,「3.疑い例」に入る例で,髄液14-3-3蛋白陽性で全臨床経過が2年未満)</p> <p>3. 疑い例 (ほぼ確実例と同じ臨床症状を呈するが,PSDを欠く)</p> <p>2)獲得性クロイツフェルト・ヤコブ病</p> <p>(1)医原性クロイツフェルト・ヤコブ病(sCJDと同様の診断基準による)</p> <p>1. 確実例 2. ほぼ確実例 3. 疑い例</p> <p>種類:1.硬膜移植 2.角膜移植 3.その他()</p> <p>(2)変異型クロイツフェルト・ヤコブ病(vCJD)(WHO 2001 診断基準による)</p> <p>1. 確実例 2. ほぼ確実例 3. 疑い例</p> <p>3)遺伝性プリオン病</p> <p>1. 確実例 (特徴的な病理所見を有する又はウェスタンブロット法や免疫染色法で脳に異常PrPを検出し,PrP遺伝子変異を有するもの)</p> <p>2. ほぼ確実例 (病理所見はないが,PrP遺伝子変異を認め,臨床所見が矛盾しないもの)</p> <p>3. 疑い例 (病理所見がなく,PrP遺伝子変異も証明されていないが,遺伝性プリオン病を示唆する臨床所見と家族歴があるもの)</p> <p>種類と変異: 1.家族性CJD 2.GSS 3.FFI [PrP遺伝子変異()]</p> <p>4)その他</p> <p>1. 診断不明 (プリオン病の診断基準には合致しないが,診断不明でプリオン病の可能性は残る例.要追跡調査)</p> <p>2. ほぼ否定 (他の疾患の可能性が高いが確定診断に至ってない例 疑われる疾患名:)</p> <p>3. 確実に否定 (他の疾患の確定診断が可能例 診断名:)</p>																																
主治医 所属施設	所属施設名 電話番号 住所 〒 主治医名																																
転出(予定)先	転院予定 1.有 2.無 1.の場合 予定施設名 転出時期	紹介元医 療機関名																															
調査日 調査方法	平成 年 月 日 1.訪問診療(検査資料の調査を含む) 2.カルテ・検査資料のみ調査 3.電話調査 4.その他()																																
都道府県 CJD担当 専門医	コメント	所属・氏名(サイン,複数での調査は連名で)																															
サーベイ ランス委員	コメント	所属・氏名(サイン,複数での調査は連名で)																															

プリオン病診断支援により登録され、プリオン病が疑われる場合のサーベイランス調査票

サーベイランスNo	イニシャル (姓・名)	性別	1. 男 2. 女	生年月日	明治、大正 昭和、平成	年 月 日
検査	3)脳脊髄液 検査時期：平成 年 月 日 (検査施設：) 14-3-3 (正・増) 総tau蛋白(pg/ml) 4)プリオン蛋白(PrP)遺伝子検索 1.施行 [変異 1.有 2.無 3.不明 内容()] 2.未施行 コドン129の多型 Met/Met, Met/Val, Val/Val コドン219の多型 Glu/Glu, Glu/Lys, Lys/Lys 検査時期：平成 年 月 日 (検査施設：)					
脳病理 (資料添付)	1.有(1.生検 2.剖検/標本の所在： 標本番号) 2.無 病理：海綿状変化 1.有 2.無 3.不明, クールー斑 1.有 2.無 3.不明, 病型(1.CJD典型 2.他(視床型等):) 異常PrP検出：PrP免疫染色 1.施行[陽性(), 陰性] 2.未施行 PrP Westernプロット 1.施行[陽性(1型, 2型,), 陰性] 2.未施行					
鑑別診断	1) アルツハイマー型認知症 1.鑑別できる 2.鑑別できない 2) 脳血管性認知症 1.鑑別できる 2.鑑別できない 3) 脊髄小脳変性症 1.鑑別できる 2.鑑別できない 4) パーキンソン認知症症候群 1.鑑別できる 2.鑑別できない 5) 認知症を伴う運動ニューロン疾患 1.鑑別できる 2.鑑別できない 6) ピック病 1.鑑別できる 2.鑑別できない 7) 単純ヘルペス等のウイルス性脳炎 1.鑑別できる 2.鑑別できない 8) 脳原発性リンパ腫 1.鑑別できる 2.鑑別できない 9) 代謝性脳症・低酸素脳症 1.鑑別できる 2.鑑別できない 10) その他の病因による認知性疾患 1.鑑別できる 2.鑑別できない					
診断	1)孤発性クロイツフェルト・ヤコブ病(sCJD) (型*) ※コドン129の多型とWestern blotの型による 1. 確実例 (特徴的な病理所見を有する又はウェスタンプロット法や免疫染色法で脳に異常PrPを検出) 2. ほぼ確実例 (病理所見がない症例で、進行性認知症を示し、脳波でPSDを認める。更に、ミオクローヌス、 錐体路/錐体外路障害、小脳症状/視覚異常、無言・無動状態のうち2項目以上示す。あるいは、「3.疑い例」に 入る例で、髄液14-3-3蛋白陽性で全臨床経過が2年未満) 3. 疑い例 (ほぼ確実例と同じ臨床症状を呈するが、PSDを欠く) 2)獲得性クロイツフェルト・ヤコブ病 (1)医原性クロイツフェルト・ヤコブ病(sCJDと同様の診断基準による) 1. 確実例 2. ほぼ確実例 3. 疑い例 種類：1.硬膜移植 2.角膜移植 3.その他() (2)変異型クロイツフェルト・ヤコブ病(vCJD)(WHO 2001 診断基準による) 1. 確実例 2. ほぼ確実例 3. 疑い例 3)遺伝性プリオン病 1. 確実例 (特徴的な病理所見を有する又はウェスタンプロット法や免疫染色法で脳に異常PrPを検出し、PrP遺伝子変異を 有するもの) 2. ほぼ確実例 (病理所見はないが、PrP遺伝子変異を認め、臨床所見が矛盾しないもの) 3. 疑い例 (病理所見がなく、PrP遺伝子変異も証明されていないが、遺伝性プリオン病を示唆する臨床所見と家族歴がある もの) 種類と変異：1.家族性CJD 2.GSS 3.FFI [PrP遺伝子変異()] 4)その他 1. 診断不明 (プリオン病の診断基準には合致しないが、診断不明でプリオン病の可能性は残る例。要追跡調査) 2. ほぼ否定 (他の疾患の可能性が高いが確定診断に至っていない例 疑われる疾患名：) 3. 確実に否定 (他の疾患の確定診断が可能例 診断名：)					
主治医 所属施設	所属施設名 住所 〒		電話番号		主治医名	
転出 (予定)先	転院予定 1.有 2.無 1.の場合 予定施設名 転出時期			紹介元医 療機関名		
調査日 調査方法	平成 年 月 日 1.訪問診察(検査資料の調査を含む) 2.カルテ・検査資料のみ調査 3.電話調査 4.その他()					
都道府県 CJD担当 専門医	コメント			所属・氏名(サイン、複数での調査は連名で)		
サーベイラ ンス委員	コメント			所属・氏名(サイン、複数での調査は連名で)		

プリオン病診断支援により登録され、既にプリオン病が否定されている場合のサーベイランス調査票

サーベイランスNo	イニシャル (姓・名)	性別	1. 男 2. 女	生年 月 日	明治、大正 昭和、平成	年 月 日
検査	3)脳脊髄液 検査時期:平成 年 月 日 (検査施設:) 14-3-3 (正・増)総tau蛋白(pg/ml)					
検査	4)プリオン蛋白(PrP)遺伝子検索 1.施行[変異 1.有 2.無 3.不明 内容()] 2.未施行 コドン129の多型 Met/Met Met/Val Val/Val コドン219の多型 Glu/Glu Glu/Lys Lys/Lys 検査時期:平成 年 月 日 (検査施設:)					
診断	その他 1. ほぼ否定 (他の疾患の可能性が高いが確定診断に至っていない例 疑われる疾患名:) 2. 確実に否定 (他の疾患の確定診断が可能な例 診断名:) *診断の根拠となる臨床経過、神経所見、検査所見など ()					
主治医 所属施設	所属施設名 住所 〒		電話番号 主治医名			
調査日 調査方法	平成 年 月 日 1.電話調査 2.その他()					
都道府県 CJD担当 専門医	コメント			所属・氏名(サイン,複数での調査は連名で)		
サーベイラ ンス委員	コメント			所属・氏名(サイン,複数での調査は連名で)		

