

急性弛緩性麻痺症例（2018年）に関する臨床調査質問票

記載日時： 年 月 日

調査票とともに下記資料を添付して送ってください。（添付したものをチェック）

MRI 報告 MRI 画像（CD-ROM） 神経生理報告 神経生理データ
検査結果 病原体検索結果 予防接種記録

基礎情報

- 年齢（麻痺発症時）： 歳 月
- 性別： _____
- 居住都道府県（麻痺発症時）： _____ 都・道・府・県
- 最終臨床診断名： _____
- 神経・筋疾患既往：無し・不明・有り；病名（ _____ ）
- 基礎疾患
免疫不全状態（無し・不明・有り；病名 _____ ）
ステロイド以外の免疫抑制剤使用（半年以内）（無し・不明・有り；年 月 日～年 月 日）
全身投与ステロイド使用（半年以内）（無し・不明・有り；年 月 日～年 月 日）
気管支喘息（無し・不明・有り）
その他（無し・不明・有り；病名 _____ ）
- 急性弛緩性麻痺による入院歴：無し・不明・有り；初回入院した時期（年 月 日）
- 最終退院時期（年 月 日）（まだ入院中）
- この疾患による死亡：無し・不明・有り；有りなら死亡時期（年 月 日）
- 五類感染症「急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く）」として管轄の保健所に届出：無し・有り

発症状況（麻痺症状が出現するまでの3週間以内のものとしてご記入ください）

- 前駆症状：無し 有りは以下に記載
呼吸器症状（無し・有り；咽頭痛・鼻汁・咳嗽・喘鳴）；あれば発症時期（年 月 日）
消化器症状（無し・有り；嘔吐・下痢・腹痛）；あれば発症時期（年 月 日）その他（無し・有り； _____ ）；あれば発症時期（年 月 日）
- 発熱：無し・有り；あれば発症時期（年 月 日、最高体温 _____ ）
- 麻痺出現時に罹患している病気：無し・有り；あれば疾患名（ _____ ）

神経症状 麻痺発症日（年 月 日）

- 麻痺の部位：（回復時は、最も回復した時もしくは最後に確認した時を記載してください）

		右上肢	左上肢	右下肢	左下肢
麻痺の有無		無し・有り	無し・有り	無し・有り	無し・有り
ピーク時 MMT	(年 月 日)				
回復時 MMT	(年 月 日)				

徒手筋力テスト（MMT）は別表を参考に0～5の6段階でお答え下さい（MMT:manual muscle testing）

- 麻痺症状の発症様式：急性（24hr 以内、48hr 以内）・亜急性（72hr 以上）・慢性（1週間～）・不明
- 急性脳炎・脳症症状の有無（意識障害やけいれんなど）：無し・有り（症状： _____ ）
- 感覚障害：無し・有り（感覚の鈍麻・しびれや違和感等の異常感覚・痛み・その他 _____ ）、部位 _____
- 脳神経症状：無し・有り（複視・顔面麻痺・球麻痺・その他 _____ ）
- 小脳症状：無し・有り（具体的に _____ ）
- 不随意運動：無し・有り（具体的に _____ ）
- 膀胱直腸障害：無し・有り（尿閉・便失禁・肛門括約筋反射陰性・その他 _____ ）
- 視神経障害：無し・有り（具体的に _____ ）
- 深部腱反射：消失・減弱（部位： _____ ）・亢進（部位： _____ ）・正常・不明
- 呼吸筋麻痺：無し・有り（人工呼吸管理：無し・有り（年 月 日～年 月 日）（まだ人工呼吸管理中）、気管切開：無し・有り（年 月 日）

病原体関連

1. ポリオウイルス検査実施：無し・有り（1回目便検体・2回目便検体）検査実施有りの場合、結果（分離：陽性・陰性・検査中、PCR：陽性・陰性・検査中）
2. ポリオウイルス以外のエンテロウイルス検査実施：無し・有り（便・血液・髄液・呼吸器検体；方法：PCR・分離）検査実施有りの場合、結果：分離：陽性<ウイルスの種類（ ）>・陰性・検査中；PCR：陽性<ウイルスの種類（ ）>・陰性・検査中
3. 検出された1・2以外の病原体（細菌・ウイルスを問わず）：無し・有り・未実施
 検査結果：（検査日： 年 月 日）：有り（病原体名： ）（検出部位： ）検出方法（ ）
 検査結果：（検査日： 年 月 日）：有り（病原体名： ）（検出部位： ）検出方法（ ）
 検査結果：（検査日： 年 月 日）：有り（病原体名： ）（検出部位： ）検出方法（ ）
 検査実施機関： 院内・外注検査会社・地方衛生研究所・国立感染症研究所・その他（ ）
4. 病原体検索用の検体保存：無し・有り

初回髄液検査(検査日： 年 月 日)

1. 細胞数： / μ L（多形核白血球 %、単核球 %）
2. 蛋白： mg/dL
3. 糖： mg/dL
4. 再検結果（ 年 月 日）：細胞数 / μ L（多形核白血球 %、単核球 %）、蛋白 mg/dL・未検査

画像検査（匿名化した上でCD-ROMで情報の提供をお願いします）

1. 脳MRI検査：無し・有り；あれば初回検査日 年 月 日、再検日 年 月 日
2. 脊髄MRI検査：無し・有り；あれば初回検査日 年 月 日、再検日 年 月 日
3. Gd造影検査：無し・有り；あれば初回検査日 年 月 日、再検日 年 月 日

神経生理(検査日： 年 月 日)（匿名化した上で検査報告書の添付をお願いします）

1. 神経伝導速度検査：無し・有り；あれば初回検査日 年 月 日、再検日 年 月 日
 運動神経 感覚神経 F波
2. 筋電図：無し・有り；あれば初回検査日 年 月 日、再検日 年 月 日

治療方法（該当の部分をチェックして下さい）

グロブリン製剤（麻痺発症日を day0 として 日目から）
 mPSL パルス療法（麻痺発症日を day0 として 日目から）
 血漿交換療法（麻痺発症日を day0 として 日目から）
 ICU 管理
 人工呼吸管理（麻痺発症日を day0 として 日目から）
 その他の治療（ ）（麻痺発症日を day0 として 日目から）
 治療していない

転帰（再来なしあるいは転院の場合は、電話確認等でも構いません）

1. 全経過を通じた回復傾向：無し・有り（軽度・中等度・著明）
2. 60日目/最終診察時（いずれかを○）の麻痺の予後： 改善無し 軽度改善 著明な改善 麻痺なし
3. 肢麻痺以外の神経症状残存： 無し 有り（症状： ）

主治医（記載者）の先生の連絡先

お名前： _____

貴病院名： _____ 診療科名： _____

メールアドレス： _____

以上です。ご協力どうもありがとうございました。

<表: 徒手筋力テスト(MMT)>

5 (5 / 5) 正常	強い抵抗を加えても、完全に運動できる。 上肢・下肢：挙上可能
4 (4 / 5)	重力以上の抵抗を加えても肘関節あるいは膝関節の運動を起こすことができる。 上肢：挙上できるが弱い 下肢：膝立て可能・下腿を挙上できる
3 (3 / 5)	重力に拮抗して肘関節あるいは膝関節の運動を起せる。 上肢：ようやく挙上可能、保持は困難 下肢：膝立て可能、下腿の挙上は困難
2 (2 / 5)	重力を除外すれば、可動域で運動できる。 上肢・下肢：挙上できない(ベッド上で水平運動のみ)
1 (1 / 5)	筋収縮は見られるが、肘関節あるいは膝関節の動きが見られない。 上下肢：筋収縮のみ
0 (0 / 5)	筋収縮も見られない。(完全麻痺)