

受給者番号

911 突発性難聴臨床調査個人票 (新規 更新)

ふりがな			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和					
氏名					年	月	日	満	歳		
住所	〒		TEL								
発症年月	年	月	初診年月日	年	月	日	診断年月日	年	月	日	
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> あり (等級 級) <input type="checkbox"/> なし		介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護 (要介護度)			<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> なし				
生活状況 (最近1年)	社会活動 (<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 家事労働 <input type="checkbox"/> 在宅療養 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他 ()) 日常生活 (<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> やや不自由であるが独力で可能 <input type="checkbox"/> 制限があり部分介助 <input type="checkbox"/> 全面介助)										
受診状況 (最近1年)	<input type="checkbox"/> 主に入院 <input type="checkbox"/> 入院と通院半々 <input type="checkbox"/> 主に通院 (/月) <input type="checkbox"/> 往診あり <input type="checkbox"/> 入通院なし <input type="checkbox"/> その他 ()										
症状・経過 (症状については、発症以降のものでよい)	I 難聴 1) 隣り合う3周波数で各30dB以上の難聴が72時間以内に生じた <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 2) 難聴の性質 <input type="checkbox"/> 感音性 <input type="checkbox"/> 伝音性 <input type="checkbox"/> 混合性 一側性 (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右) <input type="checkbox"/> 両側性					発症と経過 (具体的に記入)					
	II 随伴症状 1) 耳鳴 有 (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両側) <input type="checkbox"/> 無 2) めまい <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
検査結果 (耳鼻科学的・神経学的所見を含む)	検査項目		検査結果・所見 (該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。)								
	聴力検査 (年 月 日)	平均聴力レベル (0.25、0.5、1、2、4 kHz) の5周波数の平均)	右	dB		<input type="checkbox"/> 低音障害 <input type="checkbox"/> 高音障害 <input type="checkbox"/> 水平					
	他覚的聴力検査等	機能性難聴の除外			<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可						
	平衡機能検査 (年 月 日)	1) 眼振			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		眼振の性状 <input type="checkbox"/> 右向き <input type="checkbox"/> 左向き				
	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT (※実施した検査に <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。)	III 蝸牛、前庭、内耳道病変の有無			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側				
その他											
その他	同様な症候を呈する他疾患 (中枢神経疾患等) との鑑別				<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可						
治療状況	(年 月現在) 薬物治療等の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (経過観察のみ) 具体的な治療内容										
医師意見											
所属施設名 _____ (Tel - -)											
所在地 _____											
診療科 _____ 主治医氏名 _____											
(指定医番号) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				記載年月日: 年 月 日							

(注) 診断年月日欄には、認定基準を満たし、かつ重症度分類(聴力レベルが70dB以上)を満たしたと診断した日を記載してください。

9 1 1 突発性難聴

I 認定基準

下記診断基準において、全事項をみたすものを対象とする。

主症状

1. 突然発症
2. 高度感音難聴
3. 原因不明

参考事項

1. 難聴（参考：純音聴力検査での隣り合う3周波数で各30dB以上の難聴が72時間以内に生じた）
 - (1) 急性低音障害型感音難聴と診断される例を除外する。
 - (2) 他覚的聴力検査またはそれに相当する検査で機能性難聴を除外する。
 - (3) 文字どおり即時的な難聴または朝、目が覚めて気づくような難聴が多いが、数日をかけて悪化する例もある。
 - (4) 難聴の改善・悪化の繰り返しはない。
 - (5) 一側性の場合が多いが、両側性に同時罹患する例もある。
2. 耳鳴
難聴の発生と前後して耳鳴を生ずることがある。
3. めまい、および吐気・嘔吐
難聴の発生と前後してめまい、および吐気・嘔吐を伴うことがあるが、めまい発作を繰り返すことはない。
4. 第8脳神経以外に顕著な神経症状を伴うことはない

（厚生労働省「難治性聴覚障害に関する調査研究」，2015年改訂）

II 香川県指定難病医療費助成の範囲

1. 認定基準を満たすもののうち、聴力レベルが70dB以上（高度難聴）であるもの。
2. 認定期間は、原則として1年とする。
3. 発症から1年の時点において、症状が固定し治療を要しない場合は、更新しない。
ただし、耳鳴等の症状が持続し、治療継続の必要性がある場合には更新できるものとする。

参考：急性低音障害型感音難聴診断基準（厚生労働省「難治聴覚障害に関する調査研究班」，2017年改定）

主症状

1. 急性あるいは突発性に耳症状（耳閉塞感耳鳴、難聴など）が発症
2. 低音障害型感音難聴
3. めまいを伴わない
4. 原因不明

参考事項

1. 難聴（純音聴力検査による聴力レベル）
 - ① 低音域3周波数（125Hz, 250Hz, 500Hz）の聴力レベルの合計が70dB以上
 - ② 高音域3周波数（2kHz, 4kHz, 8kHz）の聴力レベルの合計が60dB以下

確実例：主症状のすべて、および難聴基準①②を満たすもの

準確実例：主症状のすべて、および難聴基準①を満たし、かつ高音域3周波数の聴力レベルが健側と同程度のもの