

■ 基本情報

氏名			
姓(漢字)	名(漢字)		
姓(かな)	名(かな)		
住所			
郵便番号	住所		
生年月日等			
生年月日	西暦	年 月 日	性別 1.男 2.女
出生市区町村			
出生時氏名 (変更のある場合)	姓(漢字)	名(漢字)	
	姓(かな)	名(かな)	
家族歴			
近親者の発症者の有無	1.あり 2.なし 3.不明 発症者続柄 1.父 2.母 3.子 4.同胞(男性) 5.同胞(女性) 6.祖父(父方) 7.祖母(父方) 8.祖父(母方) 9.祖母(母方) 10.いとこ 11.その他( )		
両親の近親結婚	1.あり 2.なし 3.不明 詳細:		
発病時の状況			
発症年月	西暦	年 月	
社会保障			
介護認定	1.要介護 2.要支援 3.なし	要介護度	1 2 3 4 5
生活状況			
移動の程度	1.歩き回るのに問題はない 2.いづらか問題がある 3.寝たきりである		
身の回りの管理	1.洗面や着替えに問題はない 2.いづらか問題がある 3.自分でできない		
ふだんの活動	1.問題はない 2.いづらか問題がある 3.行うことができない		
痛み/不快感	1.ない 2.中程度ある 3.ひどい		
不安/ふさぎ込み	1.問題はない 2.中程度 3.ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる		

■ 診断基準に関する事項

症状の概要、経過、特記すべき事項など

--

A. 主要所見 (該当する項目に☑を記入する)

診断日	西暦	年 月 日	
絶対基準: 以下の(1)-(3)の全てを満たす			1.該当 2.非該当 3.不明
<input type="checkbox"/> (1) 原因不明の脊髄炎 (Bの鑑別疾患が除外されていること) <input type="checkbox"/> (2) 抗原特異的IgE陽性 <input type="checkbox"/> (3) Barkhof のMSの脳MRI基準を満たさない			
病理基準: 脊髄生検組織で、血管周囲リンパ球浸潤や好酸球の浸潤をみとめ、肉芽腫を伴うことがある			1.該当 2.非該当 3.不明
相対基準			
(1) 現在または過去のアトピー性疾患歴			1.あり 2.なし 3.不明
(2) 高IgE血症(>240 U/ml)			1.あり 2.なし 3.不明
(3) 髄液中IL9 (>14.0 pg/ml) もしくは CCL11 (>2.2 pg/ml)を認める			1.該当 2.非該当 3.不明
(4) 髄液オリゴクローナルバンドなし			1.該当 2.非該当 3.不明

**B. 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。	1. 全て除外可 2. 除外不可 3. 不明
<input type="checkbox"/> 寄生虫性脊髄炎 <input type="checkbox"/> 多発性硬化症 <input type="checkbox"/> 膠原病・血管炎 <input type="checkbox"/> HTLV-1 関連脊髄症 <input type="checkbox"/> サルコイドーシス <input type="checkbox"/> 視神経脊髄炎 <input type="checkbox"/> 神経梅毒 <input type="checkbox"/> 頸椎症性脊髄症 <input type="checkbox"/> 脊髄腫瘍 <input type="checkbox"/> 脊髄血管奇形・動静脈瘻	

**<診断のカテゴリー> (絶対基準、病理基準、相対基準の項目より、該当する項目に☑を記入する)**

<input type="checkbox"/> Definite A: 絶対基準 (1~3の全て) +病理基準
<input type="checkbox"/> Definite B: 絶対基準 (1~3の全て) +相対基準(1~3のうち2個以上)+相対基準 (4)
<input type="checkbox"/> Probable A: 絶対基準 (1~3の全て) +相対基準 (1~3) のうち1個+相対基準 (4)
<input type="checkbox"/> Probable B: 絶対基準 (1~3の全て) +相対基準 (1~3) のうち2個以上

**■ 臨床所見**

アレルギー特異的 IgE の有無	1. あり 2. なし 3. 不明	認識するアレルギー	
過去あるいは現在罹患しているアトピー性疾患	1. アトピー性皮膚炎 2. 喘息 3. アレルギー性鼻炎 (花粉症) 4. 食物アレルギー 5. アレルギー性結膜炎 6. その他		
臨床経過	1. 単相性 2. 再発寛解型 3. 動揺性 4. 慢性進行性		
アトピー性疾患の増悪と神経症状の増悪との関連	1. あり 2. なし 3. 不明		

**■ 検査所見**

脊髄MRI 異常信号病巣	1. 正常 2. 異常信号有り 3. 未施行	部位	
脳MRI	1. 正常 2. Barkof 基準満たす病巣有 3. Barkof 基準満たさない病巣有 4. 未施行		
末梢神経伝導検査	1. 正常 2. 異常 (脱髄型) 3. 異常 (軸索障害型) 4. 未施行		
針筋電図	1. 正常 2. 異常 (神経原性) 3. 異常 (筋原性) 4. 未施行		
誘発電位検査			
運動誘発電位	1. 正常 2. 異常 (中枢性) 3. 異常 (末梢性) 4. 異常 (両者) 5. 未施行		
体性感覚誘発電位	1. 正常 2. 異常 (中枢性) 3. 異常 (末梢性) 4. 異常 (両者) 5. 未施行		
視覚誘発電位	1. 正常 2. 異常 3. 未施行		
障害度			
・EDSS ( ) EDSS= Expanded Disability Status Scale of Kurtzke ・感覚障害 FS ( ) FS= Functional System ・錐体路障害 FS ( )			

**■ 治療その他**

経口腎皮質ステロイド	1. 有効 2. 無効 3. 未施行
副腎皮質ステロイドパルス	1. 有効 2. 無効 3. 未施行
免疫抑制薬 (薬品名: )	1. 有効 2. 無効 3. 未施行
血漿交換	1. 有効 2. 無効 3. 未施行
免疫グロブリン静注	1. 有効 2. 無効 3. 未施行

**■ 重症度分類に関する事項**

総合障害度(EDSS)スケール ( )
---------------------

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

使用の有無	1.あり			
開始時期	西暦 年 月	離脱の見込み	1.あり 2.なし	
種類	1.気管切開口を介した人工呼吸器 2.鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器			
施行状況	1.間欠的施行 2.夜間に継続的に施行 3.一日中施行 4.現在は未施行			
生活状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	車椅子とベッド間の移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助/不可能	トイレ動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助/不可能	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽度介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 不能	着替え	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排便コントロール	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助

医療機関名	指定医番号
医療機関所在地	電話番号 ( )
医師の氏名	印 記載年月日：平成 年 月 日 ※自筆または押印のこと

- ・病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、診断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ます。）
- ・治療開始後における重症度分類については、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ヵ月間で最も悪い状態を記載してください。
- ・診断基準、重症度分類については、「指定難病に係る診断基準及び重症度分類等について」（平成27年5月13日健発0513第1号健康局長通知）を参照の上、ご記入ください。
- ・審査のため、検査結果等について別途提出をお願いすることがあります。