

118 脊髄髄膜瘤

■ 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	
生下時に胸腰椎、仙骨部の異常な嚢胞性腫瘍 (以下のいずれか) を認める			1.該当 2.非該当 3.不明
<input type="checkbox"/> 1. 脊髄髄膜瘤: 嚢胞内に神経線維を含む腫瘍で、外表所見は腫瘍中心の皮膚が欠損し、脊髄組織が露出している <input type="checkbox"/> 2. 脊髄披裂: 開放された脊髄が露出した状態になっており、脊髄中心管その正中部に認められる <input type="checkbox"/> 3. 脊髄瘤: 内容物は脳脊髄液と硬膜で形成されていて、嚢胞状になっている <input type="checkbox"/> 4. 脊髄嚢瘤: 脊髄中心管が嚢胞状になっている			

B. 臨床症状 (該当する項目に☑を記入する)

病変部位以下で1~3の神経脱落症状をすべて認める			1.該当 2.非該当 3.不明
<input type="checkbox"/> 1. 運動障害 <input type="checkbox"/> 2. 知覚障害 <input type="checkbox"/> 3. 膀胱直腸障害 <input type="checkbox"/> 4. てんかん、水頭症			

**C. 検査所見**

1. 水頭症：CT や超音波検査で脳室の著明な拡大	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
2. Chiari II型奇形：MRI にて延髄・第4脳室・小脳が大後頭蓋窩へ陥没している	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
3. 膀胱尿道造影：膀胱頸部の弛緩像、膀胱尿管逆流、膀胱壁の肉柱変形、膀胱容量の減少などを認める	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
4. 四肢の単純X線：股関節の脱臼、足関節の変形、脊椎の側弯、脊椎の後弯などを認める	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
5. 腹部の単純X線：宿便、結腸ガス、巨大結腸などを認める	1. 該当 2. 非該当 3. 不明

**D. 鑑別診断**

潜在性二分脊椎を除外することができる。なお、以下のうち該当する病態に☑を記入する。	1. 除外可 2. 除外不可 3. 不明
<input type="checkbox"/> 腰仙部に位置し、皮下腫瘍、小陥凹、血管腫、多毛症、母斑などの表皮の異常所見を併発 <input type="checkbox"/> 脂肪脊髄髄膜瘤 <input type="checkbox"/> 先天性皮膚洞 <input type="checkbox"/> 割髄症 <input type="checkbox"/> 仙骨欠損症 <input type="checkbox"/> その他	

**<診断のカテゴリー>**

A (1~4のいずれか) + B (病変部位以下で1~3の神経脱落症状をすべて認める) を満たし、Dの鑑別すべき疾患を除外して診断	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
---	--------------------

**■ 病因 (該当する項目に☑を記入する)**

新生児の低体重 生下時体重 <input type="checkbox"/> 2501グラム以上 <input type="checkbox"/> 2500グラム以下 <input type="checkbox"/> 不明
母親のライフスタイル (ア) 妊娠前4週から妊娠12週まで葉酸サプリメントを1日400マイクログラム内服したか? <input type="checkbox"/> 内服した <input type="checkbox"/> 内服しなかった <input type="checkbox"/> 不明 (イ) 抗てんかん薬を内服していた場合のみ回答してください。葉酸と共に内服したか? <input type="checkbox"/> 内服した <input type="checkbox"/> 内服しなかった <input type="checkbox"/> 不明 (ウ) 妊娠初期に毎日喫煙していたか? <input type="checkbox"/> 喫煙していた <input type="checkbox"/> 喫煙していなかった <input type="checkbox"/> 不明

**■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に☑を記入する)**

機能障害：Barthel Index (合計 点)

食事	<input type="checkbox"/> 自立(10) <input type="checkbox"/> 部分介助(5) <input type="checkbox"/> 全介助(0)	車椅子とベッド間の移動	<input type="checkbox"/> 自立(15) <input type="checkbox"/> 軽度介助(10) <input type="checkbox"/> 部分介助(5) <input type="checkbox"/> 全介助(0)
整容	<input type="checkbox"/> 自立(5) <input type="checkbox"/> 部分介助/不可能(0)	トイレ動作	<input type="checkbox"/> 自立(10) <input type="checkbox"/> 部分介助(5) <input type="checkbox"/> 全介助(0)
入浴	<input type="checkbox"/> 自立(5) <input type="checkbox"/> 部分介助/不可能(0)	歩行	<input type="checkbox"/> 自立(15) <input type="checkbox"/> 軽度介助(10) <input type="checkbox"/> 部分介助(5) <input type="checkbox"/> 全介助(0)
階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立(10) <input type="checkbox"/> 部分介助(5) <input type="checkbox"/> 不能(0)	着替え	<input type="checkbox"/> 自立(10) <input type="checkbox"/> 部分介助(5) <input type="checkbox"/> 全介助(0)
排便コントロール	<input type="checkbox"/> 自立(10) <input type="checkbox"/> 部分介助(5) <input type="checkbox"/> 全介助(0)	排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 自立(10) <input type="checkbox"/> 部分介助(5) <input type="checkbox"/> 全介助(0)

**■ 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 整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助/不可能 入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助/不可能 階段昇降 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 不能 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	車椅子とベッド間の移動 トイレ動作 歩行 着替え 排尿コントロール	<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 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <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 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <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。