118　脊髄髄膜瘤

□ 新規　□ 更新

**■　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.いくらか問題がある 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.いくらか問題がある 3.自分でできない |
| ふだんの活動 | 1.問題はない 2.いくらか問題がある 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瘤（以下のいずれか）を認める | 1.該当　2.非該当 3.不明 |
| □1. 脊髄髄膜瘤：嚢胞内に神経線維を含む腫瘤で、外表所見は腫瘤中心の皮膚が欠損し、脊髄組織が露出している□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□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□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 |
| □1. 運動障害 　 □2. 知覚障害　 □3. 膀胱直腸障害　 □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2. ChiariⅡ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　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1.該当　2.非該当 3.不明1.該当　2.非該当 3.不明1.該当　2.非該当 3.不明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 |
| □腰仙部に位置し、皮下腫瘤、小陥凹、血管腫、多毛症、母斑などの表皮の異常所見を併発□脂肪脊髄髄膜瘤　　　□先天性皮膚洞　　　□割髄症　　　□仙骨欠損症　　　□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　　□2501グラム以上　 □2500グラム以下 □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？　□内服した □内服しなかった　□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？　□内服した　□内服しなかった □不明（ウ）妊娠初期に毎日喫煙していたか？　□喫煙していた　□喫煙していなかった　□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）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 食事整容入浴階段昇降排便コントロール | □自立(10) □部分介助(5) □全介助(0)□自立(5) □部分介助/不可能(0)□自立(5) □部分介助/不可能(0)□自立(10) □部分介助(5) □不能(0)□自立(10) □部分介助(5) □全介助(0) | 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 | □自立(15) □軽度介助(10) □部分介助(5) □全介助(0)□自立(10) □部分介助(5) □全介助(0)□自立(15) □軽度介助(10) □部分介助(5) □全介助(0)□自立(10) □部分介助(5) □全介助(0)□自立(10) □部分介助(5) □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 | 食事整容入浴階段昇降排便コントロール | □自立 □部分介助 □全介助□自立 □部分介助/不可能□自立 □部分介助/不可能□自立 □部分介助 □不能□自立 □部分介助 □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 | □自立 □軽度介助 □部分介助 □全介助□自立 □部分介助 □全介助□自立 □軽度介助 □部分介助 □全介助□自立 □部分介助 □全介助□自立 □部分介助 □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。