

## 068 黄色靭帯骨化症

## ■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	---	------	-----------------------------	------------------------------

## ■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性)							
	<input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方)							
<input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ								
<input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入								
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

社会保障	
介護認定	<input type="checkbox"/> 1. 要介護 <input type="checkbox"/> 2. 要支援 <input type="checkbox"/> 3. なし
要介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
生活状況	
移動の程度	<input type="checkbox"/> 1. 歩き回るのに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 寝たきりである
身の回りの管理	<input type="checkbox"/> 1. 洗面や着替えに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 自分でできない
ふだんの活動	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 行うことができない
痛み／不快感	<input type="checkbox"/> 1. ない <input type="checkbox"/> 2. 中程度ある <input type="checkbox"/> 3. ひどい
不安／ふさぎ込み	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. 中程度 <input type="checkbox"/> 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

A. 臨床所見

① 自覚症状・身体所見	
1. 四肢・躯幹のしびれ、痛み、感覚障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 四肢・躯幹の運動障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
3. 膀胱直腸障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
4. 脊柱の可動域制限	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
5. 四肢の腱反射異常	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
6. 四肢の病的反射	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
② 生活機能障害度	
<input type="checkbox"/> 1. 日常生活、通院にほとんど介助を要しない <input type="checkbox"/> 2. 日常生活、通院に部分介助を要する	
<input type="checkbox"/> 3. 日常生活に全面的な介助を要し、独力では歩行起立不能	

B. 検査所見 \*小数点も1文字として記入する

① 画像所見	
1. 単純X線：側面像で 脊柱靭帯骨化巣 (後縦靭帯骨化又は 黄色靭帯骨化) がみられる	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
	検査年月日    西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	頸椎 <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未撮影
	認められた靭帯骨化 <input type="checkbox"/> 1. 後縦靭帯 <input type="checkbox"/> 2. 黄色靭帯
	胸椎 <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未撮影
	認められた靭帯骨化 <input type="checkbox"/> 1. 後縦靭帯 <input type="checkbox"/> 2. 黄色靭帯
	腰椎 <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未撮影
	認められた靭帯骨化 <input type="checkbox"/> 1. 後縦靭帯 <input type="checkbox"/> 2. 黄色靭帯
	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
	検査年月日    西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
頸椎 <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未撮影	
認められた靭帯骨化 <input type="checkbox"/> 1. 後縦靭帯 <input type="checkbox"/> 2. 黄色靭帯	
胸椎 <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未撮影	
認められた靭帯骨化 <input type="checkbox"/> 1. 後縦靭帯 <input type="checkbox"/> 2. 黄色靭帯	
腰椎 <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未撮影	
認められた靭帯骨化 <input type="checkbox"/> 1. 後縦靭帯 <input type="checkbox"/> 2. 黄色靭帯	

3. MRI：靱帯骨化巣による脊髄圧迫がみられる	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当	
	検査年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	頸椎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未撮影
		認められた靱帯骨化
	胸椎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未撮影
		認められた靱帯骨化
	腰椎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未撮影
認められた靱帯骨化		<input type="checkbox"/> 1. 後縦靱帯 <input type="checkbox"/> 2. 黄色靱帯
脊髄圧迫	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未撮影	
血液・生化学所見の異常	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	

**C. 鑑別診断（新規）**

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 <input checked="" type="checkbox"/> を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可 <input type="checkbox"/> 2. 除外不可 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 1. 強直性脊椎炎 <input type="checkbox"/> 2. 変形性脊椎症 <input type="checkbox"/> 3. 強直性脊椎骨増殖症 <input type="checkbox"/> 4. 脊柱管狭窄症 <input type="checkbox"/> 5. 椎間板ヘルニア <input type="checkbox"/> 6. 脊柱奇形 <input type="checkbox"/> 7. 脊椎・脊髄腫瘍 <input type="checkbox"/> 8. 運動ニューロン疾患 <input type="checkbox"/> 9. 痙性脊髄麻痺（家族性痙性対麻痺） <input type="checkbox"/> 10. 多発ニューロパチー <input type="checkbox"/> 11. 脊髄炎 <input type="checkbox"/> 12. 末梢神経障害 <input type="checkbox"/> 13. 筋疾患 <input type="checkbox"/> 14. 脊髄小脳変性症 <input type="checkbox"/> 15. 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 16. その他	

**<診断のカテゴリー>**

Definite：B-①に加え、A-①の所見が認められ、それが靱帯骨化と因果関係がある	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
---	--

症状の概要、経過、特記すべき事項など \*250文字以内かつ7行以内

■ 治療その他

今まで手術した部位				
頸椎前方	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	時期	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
頸椎後方	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	時期	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
胸椎前方	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	時期	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
胸椎後方	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	時期	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
腰椎前方	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	時期	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
腰椎後方	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	時期	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
今後手術予定の部位				
頸椎前方	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	時期	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
頸椎後方	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	時期	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
胸椎前方	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	時期	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
胸椎後方	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	時期	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
腰椎前方	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	時期	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
腰椎後方	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	時期	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月

■ 重症度分類に関する事項

靭帯骨化による運動機能障害	
画像所見で後縦靭帯骨化または黄色靭帯骨化が証明される	<input type="checkbox"/> 1.はい <input type="checkbox"/> 2.いいえ
それが神経障害の原因となって、日常生活上支障となる著しい運動機能障害を伴う	<input type="checkbox"/> 1.はい <input type="checkbox"/> 2.いいえ
機能評価	
評価年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
<input type="checkbox"/> 頸髄症：I 上肢運動機能、II 下肢運動機能のいずれかが2点以下 <input type="checkbox"/> 頸髄症：I、II の合計点が6点または7点であっても手術治療を行う場合 <input type="checkbox"/> 胸髄症あるいは腰髄症：II 下肢運動の評価項目が2点以下 <input type="checkbox"/> 胸髄症あるいは腰髄症：II が3点でも手術治療を行う場合 <input type="checkbox"/> いずれにも該当しない	

I 上肢運動機能	<input type="checkbox"/> 0. 箸又はスプーンのいずれを用いても自力では食事をすることができない。 <input type="checkbox"/> 1. スプーンを用いて自力で食事ができるが、箸ではできない。 <input type="checkbox"/> 2. 不自由ではあるが、箸を用いて食事ができる。 <input type="checkbox"/> 3. 箸を用いて日常食事をしているが、ぎこちない。 <input type="checkbox"/> 4. 正常	
II 下肢運動機能	<input type="checkbox"/> 0. 歩行できない。 <input type="checkbox"/> 1. 平地でも杖又は支持を必要とする。 <input type="checkbox"/> 2. 平地では杖又は支持を必要としないが、階段ではこれらを要する。 <input type="checkbox"/> 3. 平地・階段ともに杖又は支持を必要としないが、ぎこちない。 <input type="checkbox"/> 4. 正常	
知覚	上肢	<input type="checkbox"/> 1. 明白な知覚障害がある。 <input type="checkbox"/> 2. 軽度の知覚障害又はしびれ感がある。 <input type="checkbox"/> 3. 正常
	下肢	<input type="checkbox"/> 1. 明白な知覚障害がある。 <input type="checkbox"/> 2. 軽度の知覚障害又はしびれ感がある。 <input type="checkbox"/> 3. 正常
	躯幹	<input type="checkbox"/> 1. 明白な知覚障害がある。 <input type="checkbox"/> 2. 軽度の知覚障害又はしびれ感がある。 <input type="checkbox"/> 3. 正常
膀胱	<input type="checkbox"/> 0. 尿閉 <input type="checkbox"/> 1. 高度の排尿困難（残尿感、努噴、淋瀝） <input type="checkbox"/> 2. 軽度の排尿困難（頻尿、開始遅延） <input type="checkbox"/> 3. 正常	

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

使用の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり		
開始時期	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
離脱の見込み	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
種類	<input type="checkbox"/> 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器		
施行状況	<input type="checkbox"/> 1. 間欠的施行 <input type="checkbox"/> 2. 夜間に継続的に施行 <input type="checkbox"/> 3. 一日中施行 <input type="checkbox"/> 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	<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"/>	<input type="text"/>	
医療機関所在地												
電話番号	<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"/>	<input type="text"/>	*ハイフンを除き、左詰めで記入
医師の氏名	印 ※自筆または押印のこと											
記載年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日

- ・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です。)
- ・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か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26年11月12日健発1112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。