

## 061 自己免疫性溶血性貧血

## ■ 行政記載欄

受給者番号	<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"/>							
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 <input type="text"/> <input type="text"/>	*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

診断

病型分類	<input type="checkbox"/> 1. 温式自己免疫性溶血性貧血 <input type="checkbox"/> 2. 寒冷凝集素症 <input type="checkbox"/> 3. 寒冷ヘモグロビン尿症 <input type="checkbox"/> 4. 混合型 <input type="checkbox"/> 5. エヴァンズ (Evans) 症候群	
病因分類	<input type="checkbox"/> 1. 特発性 <input type="checkbox"/> 2. 二次性	
	二次性の場合の原因	
経過分類	<input type="checkbox"/> 1. 急性 <input type="checkbox"/> 2. 慢性	
診断年月日	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	

A. 主要所見

診察年月日	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					
理学所見						
身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	cm	体重	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	kg	
脈拍	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	回/分	体温	<input type="text"/> <input type="text"/>	.	<input type="text"/> 度
①貧血症状	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし					
	ありの場合	<input type="checkbox"/> 1. 息切れ <input type="checkbox"/> 2. 動悸 <input type="checkbox"/> 3. 易疲労感 <input type="checkbox"/> 4. ふらつき <input type="checkbox"/> 5. 頭痛 <input type="checkbox"/> 6. その他				
②黄疸症状	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし					
③脾腫	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし					
	ありの場合	<input type="text"/> <input type="text"/>	横指			
	超音波や腹部CT上の脾腫	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明				
④ヘモグロビン尿	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		⑤胆石	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
出血症状	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし					
	ありの場合	<input type="checkbox"/> 1. 皮下出血 <input type="checkbox"/> 2. 鼻出血 <input type="checkbox"/> 3. 消化管出血 <input type="checkbox"/> 4. 眼底出血 <input type="checkbox"/> 5. 性器出血 <input type="checkbox"/> 6. 頭蓋内出血 <input type="checkbox"/> 7. その他				
先行感染	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし					
	ありの場合	<input type="checkbox"/> 1. 発熱 <input type="checkbox"/> 2. 気道症状 <input type="checkbox"/> 3. 咳嗽 <input type="checkbox"/> 4. その他				

B. 検査所見 \*小数点も1文字として記入する

末梢血検査 (診断時又は治療前)						
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施					
	検査日	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				
赤血球 形態異常	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし					
	ありの場合	<input type="checkbox"/> 1. 破碎 <input type="checkbox"/> 2. 球状 <input type="checkbox"/> 3. 大小不同 <input type="checkbox"/> 4. 凝集 <input type="checkbox"/> 5. その他				

ヘモグロビン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dL		
網赤血球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ×10 <sup>4</sup> /μL		
間接ビリルビン (総ビリルビン- 直接ビリルビン)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	血清 ハプト グロビン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
総ビリルビン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	直接 ビリルビン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
赤血球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ×10 <sup>4</sup> /μL	血小板	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ×10 <sup>4</sup> /μL
MCV	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> fL	アルブミン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dL
白血球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /μL		
ALT (GPT)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L	総蛋白	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dL
AST (GOT)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L	LDH	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L
CRP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	IgA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
IgG	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	C3	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
IgM	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	C4	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
赤血球抗体検査			
1. 直接 クームス試験	検査日	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	
	検査法	<input type="checkbox"/> 1. 試験管法 <input type="checkbox"/> 2. カラム法	
	検査結果	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. その他	
	自己凝集の 有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	陽性の場合	<input type="checkbox"/> 1. IgG のみ <input type="checkbox"/> 2. IgG と補体 <input type="checkbox"/> 3. 補体のみ <input type="checkbox"/> 4. 広スペクトルのみ <input type="checkbox"/> 5. その他	
寒冷凝集素価	検査日	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	
	所見	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 倍	
ドナーズ ランドスタイナー 試験	検査日	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	
	検査結果	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. その他	

骨髓検査			
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施		
	検査日	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	
	未実施の場合理由		
骨髓穿刺所見	<input type="checkbox"/> 1. 胸骨 <input type="checkbox"/> 2. 腸骨	有核細胞数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ×10 <sup>4</sup> /μL
巨核球数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 個/μL	赤芽球系	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
顆粒球系	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %	単球系	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
リンパ球系	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %	芽球系	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
M/E 比	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>		
尿検査/ 便検査			
尿中ヘモグロビン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL		
尿・便中ウロビリゲン増加	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
特殊検査(行われている場合には記載)			
赤血球結合 IgG 量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 分子/RBC		
	検査日	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	
抗 IgA 直接クームス試験	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性		
	検査日	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	
抗 IgM 直接クームス試験	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性		
	検査日	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	
寒冷凝集素の温度作動域の拡大の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	検査日	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	

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☑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. 不適合輸血	<input type="checkbox"/> 2. 新生児溶血性疾患	<input type="checkbox"/> 3. 薬剤起因性免疫性溶血性疾患	
<input type="checkbox"/> 4. 発作性夜間ヘモグロビン尿症	<input type="checkbox"/> 5. 先天性溶血性疾患	<input type="checkbox"/> 6. 心臓弁膜症などによる機械的溶血	
<input type="checkbox"/> 7. 血栓性血小板減少性紫斑病	<input type="checkbox"/> 8. 巨赤芽球性貧血	<input type="checkbox"/> 9. 骨髄異形成症候群	
<input type="checkbox"/> 10. 赤白血病	<input type="checkbox"/> 11. 先天性赤血球形成異常性貧血 (congenital dyserythropoietic anemia)		
<input type="checkbox"/> 12. 肝胆道疾患	<input type="checkbox"/> 13. 体質性黄疸		

<診断のカテゴリー>

Definite : a~cを満たす	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
<input type="checkbox"/> a. 以下の溶血性貧血の診断基準を満たす <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> A 主要所見の①、②を認め、しばしば③を認め、④や⑤を伴うことがある</li> <li><input type="checkbox"/> 次の1)~6)の検査所見がみられる             <ul style="list-style-type: none"> <li>1)ヘモグロビン濃度低下    2)網赤血球増加    3)血清間接ビリルビン値上昇</li> <li>4)尿中・便中ウロビリニン体増加    5)血清ハプトグロビン値低下    6)骨髄赤芽球増加</li> </ul> </li> </ul>		
<input type="checkbox"/> b. B. 1. 直接クームス試験が陽性である		
<input type="checkbox"/> c. C. の1~13が除外できる		

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

■ 発症と経過

発病からの期間	<input type="checkbox"/> 1. 3か月未満	<input type="checkbox"/> 2. 3か月以上12か月未満	<input type="checkbox"/> 3. 12か月以上
---------	-----------------------------------	---	------------------------------------

■ 治療その他

治療	<input type="checkbox"/> 1. 無治療(保温のみも含む) <input type="checkbox"/> 2. 治療あり	
副腎皮質ステロイド療法	開始日	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
現在の副腎皮質ステロイド治療	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	プレドニゾロン換算量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg /日・週 単位 <input type="checkbox"/> 1. 日 <input type="checkbox"/> 2. 週
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
投与 4 週以内の寛解 (ヘモグロビン 10g/dL 以上) の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
寛解維持に 15mg/日以上 の投与量の必要性	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
摘脾	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	施行日	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
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
免疫抑制療法	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	薬剤名	
	投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg /日・週
	投与量単位	<input type="checkbox"/> 1. 日 <input type="checkbox"/> 2. 週
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
ダナゾール治療	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	開始日	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
	投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg /日・週
	投与量単位	<input type="checkbox"/> 1. 日 <input type="checkbox"/> 2. 週
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明

免疫グロブリン大量療法	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	開始日	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
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
リツキシマブ	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 施行後経過観察中 <input type="checkbox"/> 3. 未実施	
	開始日	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
	投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg / 日・週
	投与量単位	<input type="checkbox"/> 1. 日 <input type="checkbox"/> 2. 週
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明
その他の治療	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	薬剤名等	
	開始日	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
	治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明

■ 重症度分類に関する事項

温式自己免疫性溶血性貧血 (AIHA) の重症度基準		<input type="checkbox"/> 1. stage 1 <input type="checkbox"/> 2. stage 2 <input type="checkbox"/> 3. stage 3 <input type="checkbox"/> 4. stage 4 <input type="checkbox"/> 5. stage 5
stage 1	軽 症	薬物療法を行わないでヘモグロビン濃度 10 g/dL 以上
stage 2	中等症	薬物療法を行わないでヘモグロビン濃度 7~10 g/dL
stage 3	やや重症	薬物療法を行っていてヘモグロビン濃度 7 g/dL 以上
stage 4	重 症	薬物療法を行っていてヘモグロビン濃度 7 g/dL 未満
stage 5	最重症	薬物療法および脾摘を行ってヘモグロビン濃度 7 g/dL 未満
※当該重症度基準は温式 AIHA のものであるが、冷式 AIHA については、暫定的に当該重症度基準を使用する。 ただしこの場合は最重症と診断しない。		

薬物療法を行っていてヘモグロビン濃度が 10g/dL 以上	<input type="checkbox"/> 1. 該当 (助成対象外) <input type="checkbox"/> 2. 非該当
-------------------------------	--

■ 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"/>											
医療機関所在地												
電話番号	<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。