

025 進行性多巣性白質脳症

■ 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. 主要所見

1. 成人発症の亜急性進行性の脳症	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 脳 MRI で白質に脳浮腫を伴わない大小不同、融合性の病変が散在	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
3. 白質脳症をきたす他疾患を臨床的に除外できる	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
4. 脳脊髄液から PCR で JCV DNA が検出	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
5. 剖検または生検で脳に特徴的病理所見と JCV 感染を証明	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明

B. 診察・検査所見 *小数点も1文字として記入する

神経学的評価	診断日	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
脳神経系	視野	<input type="checkbox"/> 1. 正常ないし単眼性の欠損 <input type="checkbox"/> 2. 同名性視野障害
	顔面感覚	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 一側性障害 <input type="checkbox"/> 3. 両側性障害
	顔面神経麻痺	<input type="checkbox"/> 1. 正常ないし末梢性 <input type="checkbox"/> 2. 片側性中枢性麻痺 <input type="checkbox"/> 3. 両側性中枢性麻痺

運動系	筋緊張	<input type="checkbox"/> 1. 正常ないし低下 <input type="checkbox"/> 2. 下肢のみ亢進あるいは1肢のみ <input type="checkbox"/> 3. 四肢で亢進
	運動麻痺	
	上肢：左近位	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 軽度麻痺 <input type="checkbox"/> 3. 中等度麻痺 <input type="checkbox"/> 4. 高度麻痺 <input type="checkbox"/> 5. 麻痺ないし全く可動性なし
	上肢：左遠位	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 軽度麻痺 <input type="checkbox"/> 3. 中等度麻痺 <input type="checkbox"/> 4. 高度麻痺 <input type="checkbox"/> 5. 麻痺ないし全く可動性なし
	上肢：右近位	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 軽度麻痺 <input type="checkbox"/> 3. 中等度麻痺 <input type="checkbox"/> 4. 高度麻痺 <input type="checkbox"/> 5. 麻痺ないし全く可動性なし
	上肢：右遠位	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 軽度麻痺 <input type="checkbox"/> 3. 中等度麻痺 <input type="checkbox"/> 4. 高度麻痺 <input type="checkbox"/> 5. 麻痺ないし全く可動性なし
	下肢：左近位	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 軽度麻痺 <input type="checkbox"/> 3. 中等度麻痺 <input type="checkbox"/> 4. 高度麻痺 <input type="checkbox"/> 5. 麻痺ないし全く可動性なし
	下肢：左遠位	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 軽度麻痺 <input type="checkbox"/> 3. 中等度麻痺 <input type="checkbox"/> 4. 高度麻痺 <input type="checkbox"/> 5. 麻痺ないし全く可動性なし
	下肢：右近位	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 軽度麻痺 <input type="checkbox"/> 3. 中等度麻痺 <input type="checkbox"/> 4. 高度麻痺 <input type="checkbox"/> 5. 麻痺ないし全く可動性なし
	下肢：右遠位	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 軽度麻痺 <input type="checkbox"/> 3. 中等度麻痺 <input type="checkbox"/> 4. 高度麻痺 <input type="checkbox"/> 5. 麻痺ないし全く可動性なし
歩行	<input type="checkbox"/> 1. 正常ないし軽度障害 <input type="checkbox"/> 2. 中等度障害 <input type="checkbox"/> 3. 重度障害 <input type="checkbox"/> 4. 歩行不能 <input type="checkbox"/> 5. 下肢脱力のため評価不能	

協調運動	左上肢	<input type="checkbox"/> 1. 正常肢 <input type="checkbox"/> 2. 軽度遅速肢 <input type="checkbox"/> 3. 中等度遅速肢 <input type="checkbox"/> 4. 脱力のため評価不能肢
	左下肢	<input type="checkbox"/> 1. 正常肢 <input type="checkbox"/> 2. 軽度遅速肢 <input type="checkbox"/> 3. 中等度遅速肢 <input type="checkbox"/> 4. 脱力のため評価不能肢
	右上肢	<input type="checkbox"/> 1. 正常肢 <input type="checkbox"/> 2. 軽度遅速肢 <input type="checkbox"/> 3. 中等度遅速肢 <input type="checkbox"/> 4. 脱力のため評価不能肢
	右下肢	<input type="checkbox"/> 1. 正常肢 <input type="checkbox"/> 2. 軽度遅速肢 <input type="checkbox"/> 3. 中等度遅速肢 <input type="checkbox"/> 4. 脱力のため評価不能肢
反射	深部反射	<input type="checkbox"/> 1. 正常あるいは低下 <input type="checkbox"/> 2. いずれかで亢進
	足底反射	<input type="checkbox"/> 1. 無反応ないし屈曲反応 <input type="checkbox"/> 2. どちらかの側で屈伸反応
脳 MRI 検査	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	実施日	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
	T2W FLAIR high	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	T1W Low	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	病変部位 (複数可能)	<input type="checkbox"/> 1. 大脳白質 <input type="checkbox"/> 2. 小脳白質 <input type="checkbox"/> 3. 脳幹 <input type="checkbox"/> 4. その他 <input type="checkbox"/> 5. 不明
	病変分布	<input type="checkbox"/> 1. 両側性 <input type="checkbox"/> 2. 片側性
	対称性	<input type="checkbox"/> 1. 左右対称 <input type="checkbox"/> 2. 左右非対称
	MRI 病変数	<input type="text"/> <input type="text"/> 個
	Mass Effect	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	ガドリニウム 増強効果	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし

D. 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. 中枢神経原発悪性リンパ腫	<input type="checkbox"/> 2. 脳トキソプラズマ症
<input type="checkbox"/> 3. posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES)	<input type="checkbox"/> 4. 脳血管障害
<input type="checkbox"/> 5. サイトメガロウイルス脳炎	<input type="checkbox"/> 6. HIV 脳症
<input type="checkbox"/> 7. 薬剤性白質脳症	<input type="checkbox"/> 8. 多発性硬化症
<input type="checkbox"/> 9. 副腎白質ジストロフィー	

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> Definite PML（進行性多巣性白質脳症）：A-5 に該当
<input type="checkbox"/> Probable PML：A-1、2、3、4 全て該当
<input type="checkbox"/> Possible PML：A-1、2、3 全て該当
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない

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

初発症状（新規）	
既往症（新規）	
基礎疾患	
経過	
これまでの経過	<input type="checkbox"/> 1. 進行性 <input type="checkbox"/> 2. 進行停止 <input type="checkbox"/> 3. 軽快 <input type="checkbox"/> 4. その他
最近の経過	<input type="checkbox"/> 1. 急速に悪化 <input type="checkbox"/> 2. 徐々に悪化 <input type="checkbox"/> 3. 不変 <input type="checkbox"/> 4. 軽快 <input type="checkbox"/> 5. 治癒 <input type="checkbox"/> 6. その他

■ 治療その他

治療と効果	
誘因除去	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	具体的内容
	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
発症起因薬剤の中止	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	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
メフロキン内服治療	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	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
抗レトロウイルス療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	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
ミルタザピン投与	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	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
その他の抗ウイルス薬	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	薬剤名
	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
血液浄化療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	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. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	治療法
	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

免疫再構築症候群 (IRIS) 合併	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	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	
ステロイドパルス 療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	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	
ステロイド内服治療	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	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	
気管切開	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施		
	導入日	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	
鼻腔栄養	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施		
	導入日	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	
胃瘻	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施		
	導入日	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	

■ 重症度分類に関する事項

Karnofsky score			
<input type="checkbox"/> 1. 正常。疾患に対する患者の訴えがない。 臨床症状なし。(100) <input type="checkbox"/> 2. 軽い臨床症状はあるが、正常活動可能。(90) <input type="checkbox"/> 3. かなり臨床症状あるが、努力して正常活動可能。(80) <input type="checkbox"/> 4. 自分自身の世話はできるが、正常の活動・労働することは不可能 (70) <input type="checkbox"/> 5. 自分に必要なことはできるが、ときどき介護が必要 (60) <input type="checkbox"/> 6. 症状を考慮した看護および定期的な医療行為が必要。(50) <input type="checkbox"/> 7. 動けず、適切な医療および看護が必要 (40) <input type="checkbox"/> 8. 全く動けず、入院が必要だが死はさしせていない (30) <input type="checkbox"/> 9. 非常に重症、入院が必要で精力的な治療が必要 (20) <input type="checkbox"/> 10. 死期が切迫している (10)			
診断日	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		

Barthel Index	
食事	<input type="checkbox"/> 1. 自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える (10 点) <input type="checkbox"/> 2. 部分介助 (たとえば、おかずを切って細かくしてもらう) (5 点) <input type="checkbox"/> 3. 全介助 (0 点)
車椅子からベッドへの移動	<input type="checkbox"/> 1. 自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む(歩行自立も含む) (15 点) <input type="checkbox"/> 2. 軽度の部分介助または監視を要する (10 点) <input type="checkbox"/> 3. 座ることは可能であるがほぼ全介助 (5 点) <input type="checkbox"/> 4. 全介助または不可能 (0 点)
整容	<input type="checkbox"/> 1. 自立 (洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り) (5 点) <input type="checkbox"/> 2. 部分介助または不可能 (0 点)
トイレ動作	<input type="checkbox"/> 1. 自立 (衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む) (10 点) <input type="checkbox"/> 2. 部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する (5 点) <input type="checkbox"/> 3. 全介助または不可能 (0 点)
入浴	<input type="checkbox"/> 1. 自立 (5 点) <input type="checkbox"/> 2. 部分介助または不可能 (0 点)
歩行	<input type="checkbox"/> 1. 45m 以上の歩行、補装具 (車椅子、歩行器は除く) の使用の有無は問わず (15 点) <input type="checkbox"/> 2. 45m 以上の介助歩行、歩行器の使用を含む (10 点) <input type="checkbox"/> 3. 歩行不能の場合、車椅子にて 45m 以上の操作可能 (5 点) <input type="checkbox"/> 4. 上記以外 (0 点)
階段昇降	<input type="checkbox"/> 1. 自立、手すりなどの使用の有無は問わない (10 点) <input type="checkbox"/> 2. 介助または監視を要する (5 点) <input type="checkbox"/> 3. 不能 (0 点)
着替え	<input type="checkbox"/> 1. 自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む (10 点) <input type="checkbox"/> 2. 部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える (5 点) <input type="checkbox"/> 3. 上記以外 (0 点)

排便コントロール	<input type="checkbox"/> 1. 失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能 (10点) <input type="checkbox"/> 2. ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む (5点) <input type="checkbox"/> 3. 上記以外 (0点)
排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 1. 失禁なし、収尿器の取り扱いも可能 (10点) <input type="checkbox"/> 2. ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む (5点) <input type="checkbox"/> 3. 上記以外 (0点)
合計点数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /100点

運動機能の障害度スケール	
<input type="checkbox"/> 1. 障害なし	<input type="checkbox"/> 2. 軽度 (日常生活に不自由なし)
<input type="checkbox"/> 3. 中等度 (歩行は可能であるが、日常生活は不自由)	<input type="checkbox"/> 4. 重度 (車椅子)
<input type="checkbox"/> 5. 寝たきり	

■ 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。