

# 臨床調査個人票 011.重症筋無力症（新規）

## ■基本情報

<b>氏名</b>			
姓(漢字)	名(漢字)	姓(かな)	名(かな)
<b>住所</b>			
郵便番号	住所		
<b>生年月日等</b>			
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)
<b>家族歴</b>			
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 続柄		
両親の近親結婚	1.あり 2.なし 3.不明 詳細:		
<b>発病時の状況</b>			
発症年月	西暦	年	月
<b>社会保障</b>			
介護認定	1.要介護 2.要支援 3.なし		要介護度 1 2 3 4 5
<b>生活状況</b>			
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		
<b>連絡事項</b>			

## ■発症と経過

<b>自覚症状</b>	
複視	1.あり 2.なし 3.不明
眼瞼下垂	1.あり 2.なし 3.不明
嚙下困難	1.あり 2.なし 3.不明
四肢筋力低下	1.あり 2.なし 3.不明
呼吸困難	1.あり 2.なし 3.不明
言語障害	1.あり 2.なし 3.不明
初発症状(自由記載)	

<b>経過</b>	
日内変動	1.あり 2.なし 3.不明
易疲労性	1.あり 2.なし 3.不明
クレーゼの既往	1.あり 2.なし 3.不明

## ■臨床所見

<b>臨床症状</b>			
眼瞼下垂	1.あり 2.なし	眼球運動障害	1.あり 2.なし
顔面筋筋力低下	1.あり 2.なし	頸筋筋力低下	1.あり 2.なし
四肢・体幹筋力低下	1.あり 2.なし	嚙下障害	1.あり 2.なし
構音障害	1.あり 2.なし	呼吸困難	1.あり 2.なし
反復運動による症状増悪(易疲労性)、 休息で一時的に回復	1.あり 2.なし	症状の日内変動 (朝が夕方より軽い)	1.あり 2.なし

<b>その他</b>	
合併症	1.なし 2.橋本病 3.パセドウ病 4.関節リウマチ 5.全身性エリテマトーデス 6.その他

## ■検査所見

<b>検査所見</b>	
エドロフォoniumテスト	1.陽性 2.陰性 3.不明 検査年月日 西暦 年 月 日
抗アセチルコリン受容体抗体	1.陽性 2.陰性 3.不明
抗MuSK抗体	1.陽性 2.陰性 3.不明
Harvey-Masland試験	1.陽性 2.陰性
胸腺異常(CT又はMRI)	1.あり 2.なし 3.不明

■鑑別診断

鑑別診断

鑑別できるものにチェック	1. Eaton-Lambert 症候群2. 筋ジストロフィー (Becker型, 肢帯型, 顔面・肩甲・上腕型) 3. 多発性筋炎4. 周期性四肢麻痺5. 甲状腺機能亢進症 6. ミトコンドリアミオパチー7. 進行性外眼筋麻痺8. ギラン・バレー症候群9. 多発性神経炎10. 動眼神経麻痺11. Tolosa-Hunt 症候群12. 脳幹部腫瘍13. 血管障害14. 脳幹脳炎15. 単純ヘルペス・その他のウイルス性脳炎16. 脳底部髄膜炎17. 側頭動脈炎18. ウェルニッケ脳症19. リー脳症 20. 糖尿病性外眼筋麻痺21. 血管炎22. 神経パーチエット病23. サルコイドーシス24. 多発性硬化症25. 急性播種性脳脊髄炎26. フィッシャー症候群 27. 先天性筋無力症候群28. 先天性ミオパチー29. ミオトニー30. 眼瞼痙攣31. 開眼失行
--------------	---

■重症度

MGFA分類 (過去1年以内)

0 2, I 3, IIa 4, IIb 5, IIIa 6, IIIb 7, IVa 8, IVb 9, V

MG-ADLスケール (過去1年以内)

合計	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 11, 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23
会話	0 1 2 3
咀嚼	0 1 2 3
嚥下	0 1 2 3
呼吸	0 1 2 3
歯磨き・櫛使用の障害	0 1 2 3
椅子からの立ち上がり障害	0 1 2 3
複視	0 1 2 3
眼瞼下垂	0 1 2 3

■治療その他

胸腺に対する治療

胸腺摘除術の有無	1.あり 2.なし 3.不明 胸腺摘除術の実施年月 西暦 年 月 治療効果 1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明
胸腺病理像	1.胸腺腫2.退縮胸腺3.過形成4.その他 胸腺腫の浸潤の有無1.浸潤なし 2.浸潤あり その他の内容
胸腺放射線照射	1.あり 2.なし 3.不明

現在の内服治療

抗コリンエステラーゼ薬の有無	1.あり 2.なし 治療効果1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明
副腎皮質ステロイドの有無	1.あり 2.なし プレドニゾロン換算 mg/連日・隔日 プレドニゾロン換算単位 1.連日 2.隔日 治療効果1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明
免疫抑制剤(タクロリムス)の有無	1.あり 2.なし 投与量 mg/日 治療効果 1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明
免疫抑制剤(タクロリムス以外の治療)の有無	1.あり 2.なし 薬剤名 投与量 mg/ 日・週 投与量単位1.日 2.週 治療効果 1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明

現在又は過去に行った内服以外の治療

血液浄化療法の有無	1.あり 2.なし 3.不明 治療効果1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明
IVIg療法の有無	1.あり 2.なし 3.不明 治療効果1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明
ステロイドパルス療法の有無	1.あり 2.なし 3.不明 治療効果1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明
その他の治療の有無	1.あり 2.なし 3.不明 薬剤名 治療効果 1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明

人工呼吸器 (使用者のみ詳細記入)

使用の有無	1.あり 2.なし
以下 有の場合 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1.自立 2.部分介助 3.全介助 椅子とベッド間の移動1.自立 2.軽度の介助 3.部分介助 4.全介助 整容1.自立 2.部分介助 3.全介助 トイレ動作1.自立 2.部分介助 3.全介助 入浴1.自立 2.部分介助 3.全介助 移動1.自立 2.軽度の介助 3.部分介助 4.全介助 階段昇降1.自立 2.部分介助 3.全介助 更衣1.自立 2.部分介助 3.全介助 排便コントロール1.自立 2.部分介助 3.全介助 排尿コントロール1.自立 2.部分介助 3.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	記載年月日：平成 年 月 日

印

※自筆または押印のこと

- 診断書には過去6か月間で一番悪い状態の内容を記載してください。  
ただし、診断に関わる項目については、いつの時点のものでも構いません。
- 診断基準、重症度分類については、「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。

Ver. 141107