

臨床調査個人票 069. 後縦靭帯骨化症（新規）

■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 続柄		
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.歩き回るのが問題はない 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		
連絡事項			

■臨床所見

自覚症状			
四肢・躯幹のしびれ, 痛み, 感覚障害	1.あり 2.なし 3.不明	四肢・躯幹の運動障害	1.あり 2.なし 3.不明
膀胱直腸障害	1.あり 2.なし 3.不明	脊柱の可動域制限	1.あり 2.なし 3.不明
四肢の腱反射異常	1.あり 2.なし 3.不明	四肢の病的反射	1.あり 2.なし 3.不明
生活機能障害度			
1.日常生活、通院にほとんど介助を要しない。 2.日常生活、通院に部分介助を要する。 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。			

■検査所見

単純X線写真による脊柱靭帯骨化巣 (後縦靭帯骨化又は黄色靭帯骨化)の証明			
検査年月日	西暦 年 月 日		
頸椎	1.あり 2.なし 3.未撮影	認められた靭帯骨化	1.後縦靭帯 2.黄色靭帯
胸椎	1.あり 2.なし 3.未撮影	認められた靭帯骨化	1.後縦靭帯 2.黄色靭帯
腰椎	1.あり 2.なし 3.未撮影	認められた靭帯骨化	1.後縦靭帯 2.黄色靭帯
MRIによる硬膜管狭小又は髄内信号変化の証明			
検査年月日	西暦 年 月 日		
頸椎	1.あり 2.なし 3.未撮影	認められた靭帯骨化	1.後縦靭帯 2.黄色靭帯
胸椎	1.あり 2.なし 3.未撮影	認められた靭帯骨化	1.後縦靭帯 2.黄色靭帯
腰椎	1.あり 2.なし 3.未撮影	認められた靭帯骨化	1.後縦靭帯 2.黄色靭帯
MRIによる脊髄圧迫			
1.あり 2.なし 3.未撮影			
CTによる靭帯骨化の証明			
検査年月日	西暦 年 月 日		
頸椎	1.あり 2.なし 3.未撮影	認められた靭帯骨化	1.後縦靭帯 2.黄色靭帯
胸椎	1.あり 2.なし 3.未撮影	認められた靭帯骨化	1.後縦靭帯 2.黄色靭帯
腰椎	1.あり 2.なし 3.未撮影	認められた靭帯骨化	1.後縦靭帯 2.黄色靭帯

■鑑別診断

鑑別診断	
鑑別できるものにチェック	1. 強直性脊椎炎 2. 変形性脊椎症 3. 強直性脊椎骨増殖症 4. 椎管狭窄症 5. 椎間板ヘルニア 6. 脊柱奇形 7. 脊椎・脊髄腫瘍 8. 運動ニューロン疾患 9. 痙性脊髄麻痺 10. 多発ニューロパチー 11. 脊髄炎 12. 末梢神経障害 13. 筋疾患 14. 脊髄小脳変性症 15. 脳血管障害

■重症度

靱帯骨化による運動機能障害

画像所見で後縦靱帯骨化または黄色靱帯骨化が証明される	1. はい 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	1. はい 2. いいえ

機能評価

評価年月日	西暦 年 月 日
上肢運動機能	1. 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事ができない。 2. 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。 3. 不自由ではあるが、箸を用いて食事ができる。 4. 箸を用いて日常食事をしているが、ぎこちない。 5. 正常
下肢運動機能	1. 歩行できない。 2. 平地でも杖又は支持を必要とする。 3. 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。 4. 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。 5. 正常
知覚	上肢1. 明白な知覚障害がある。 2. 軽度の知覚障害又はしびれ感がある。 3. 正常 下肢1. 明白な知覚障害がある。 2. 軽度の知覚障害又はしびれ感がある。 3. 正常 軀幹1. 明白な知覚障害がある。 2. 軽度の知覚障害又はしびれ感がある。 3. 正常
膀胱	1. 尿閉 2. 高度の排尿困難(残尿感, 努噴, 淋瀝) 3. 軽度の排尿困難(頻尿, 開始遅延) 4. 正常

■治療その他

今まで手術した部位

頸椎前方	1. あり 2. なし 時期 西暦 年 月	頸椎後方	1. あり 2. なし 時期 西暦 年 月
胸椎前方	1. あり 2. なし 時期 西暦 年 月	胸椎後方	1. あり 2. なし 時期 西暦 年 月
腰椎前方	1. あり 2. なし 時期 西暦 年 月	腰椎後方	1. あり 2. なし 時期 西暦 年 月

今後手術予定の部位

頸椎前方	1. あり 2. なし 時期 西暦 年 月	頸椎後方	1. あり 2. なし 時期 西暦 年 月
胸椎前方	1. あり 2. なし 時期 西暦 年 月	胸椎後方	1. あり 2. なし 時期 西暦 年 月
腰椎前方	1. あり 2. なし 時期 西暦 年 月	腰椎後方	1. あり 2. なし 時期 西暦 年 月

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