

## 043 顕微鏡的多発血管炎

## ■ 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"/>	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"/>							
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

診断

診断年月	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
------	--

A. 主要所見

(血管炎に起因する所見がある場合に☑する。#は厚生労働省診断基準の主要症候)

(更新は最近1年の最重症時を記入する)

	最重症時 (更新)	発症から の全経過 (新規)		最重症時 (更新)	発症から の全経過 (新規)
1. 全身症状					
筋痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	関節痛／関節炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38度以上の発熱 (2週間以上)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	体重減少 (前回評価時 または4週間より2kg 以上)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 皮膚症状					
梗塞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	紫斑 #	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
潰瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	壊疽	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
皮下出血 #	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	他の皮膚症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. 粘膜・眼症状					
口腔内潰瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	陰部潰瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
付属器炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	眼球突出	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
上強膜炎／強膜炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	結膜炎／眼瞼炎／ 角膜炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
霧視	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ぶどう膜炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
突然の視力障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	網膜病変（血管炎／ 血栓症／滲出物／出血）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 耳鼻咽喉部症状					
鼻出血／鼻腔内痂皮／ 潰瘍／肉芽腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	副鼻腔病変	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
声門下狭窄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	伝音性難聴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
感音性難聴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	中耳炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 呼吸器症状					
喘鳴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	浸潤影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胸水／胸膜炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	気管内病変 （腫瘍、潰瘍）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
喀血／肺出血 #	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	人工換気が必要な 呼吸不全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
間質性肺炎 #	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	結節／空洞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 心血管症状					
脈拍欠損	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	心弁膜症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心外膜炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	虚血性の胸痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心筋症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	うっ血性心不全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 腹部症状					
腹膜炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	血性下痢／ 消化管出血 #	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
虚血による腹痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8. 腎症状					
尿蛋白 >1+または0.2g/24時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	血尿 >2または>10RBC/視野	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高血圧 （拡張期>95mmHg）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	急速進行性 糸球体腎炎 #	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血清クレアチニン値 30%以上の増加、またはCCr25%以上の低下 （前回評価時または4週間前と比較して）				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. 神経症状					
頭痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	髄膜炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
器質性病変に基づく 認知障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	痙攣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
卒中発作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肥厚性硬膜炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脊髄病変 (横断性脊髄炎)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	脳神経麻痺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
多発性単神経炎 (知覚) #	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	多発性単神経炎 (運動) #	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他の活動性病変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明				
	内容				

**B. 検査所見** \*小数点も1文字として記入する

尿検査															
病的蛋白尿の持続	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明														
	尿蛋白定性	<input type="checkbox"/> 1. +	<input type="checkbox"/> 2. 2+	<input type="checkbox"/> 3. 3+											
血尿	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明														
	尿潜血定性	<input type="checkbox"/> 1. +	<input type="checkbox"/> 2. 2+	<input type="checkbox"/> 3. 3+											
	沈渣：赤血球	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/HPF									
細胞性円柱	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明														
	種類	<input type="checkbox"/> 1. 赤血球円柱	<input type="checkbox"/> 2. 白血球円柱	<input type="checkbox"/> 3. 顆粒円柱											
血液検査															
ヘモグロビン	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	g/dL	血小板数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	×10 <sup>4</sup> /μL
白血球数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/μL	好酸球数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/μL
CRP 陽性	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明														
	検査値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/dL									
BUN 上昇	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明														
	検査値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/dL									

クレアチニン上昇	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	検査値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
	初回評価時	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
血清 IgE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/mL	
	基準値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/mL
MPO-ANCA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/mL	
	基準値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/mL
	結果	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 不明
PR3-ANCA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/mL	
	基準値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/mL
	結果	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 不明
抗 GBM 抗体	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/mL	
	基準値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/mL
	結果	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 不明
画像診断		
胸部画像検査	<input type="checkbox"/> 1. 胸部単純撮影 <input type="checkbox"/> 2. 胸部 CT	
胸部画像所見	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	内容	<input type="checkbox"/> 1. 間質性肺炎 <input type="checkbox"/> 2. 浸潤陰影 (肺胞出血) <input type="checkbox"/> 3. 結節状陰影 <input type="checkbox"/> 4. その他
その他の 画像所見	画像検査名	
	所見	

病理組織検査（新規）		
検査実施	<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
生検部位	<input type="checkbox"/> 1. 腎 <input type="checkbox"/> 2. その他	
	その他の内容	
腎糸球体における半月体形成	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
主たる組織像	細動脈・毛細血管・後毛細血管細静脈の壊死	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	血管周囲の炎症性細胞浸潤	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	その他	

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. 結節性多発動脈炎 <input type="checkbox"/> 2. 多発血管炎性肉芽腫症 <input type="checkbox"/> 3. 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症	
<input type="checkbox"/> 4. 川崎動脈炎 <input type="checkbox"/> 5. 他の膠原病（SLE、RA など） <input type="checkbox"/> 6. IgA 血管炎	

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> Definite(a) : 以下の主要症候の2項目以上と以下の検査所見の1. が陽性
<input type="checkbox"/> Definite(b) : 以下の主要症候の1. と2. を含めた2項目以上と以下の検査所見の2. が陽性
<input type="checkbox"/> Probable(a) : 以下の主要症候の3項目を満たす
<input type="checkbox"/> Probable(b) : 以下の主要症候の1項目以上と以下の検査所見の2. が陽性
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない
<p>主要症候</p> <input type="checkbox"/> 1. 急速進行性糸球体腎炎 <input type="checkbox"/> 2. 肺出血 もしくは 間質性肺炎 <input type="checkbox"/> 3. 腎・肺以外の臓器症状
<input type="checkbox"/> 紫斑 <input type="checkbox"/> 皮下出血 <input type="checkbox"/> 消化管出血 <input type="checkbox"/> 多発性単神経炎 <input type="checkbox"/> その他

検査所見 <input type="checkbox"/> 1. 細動脈・毛細血管・後毛細血管細静脈の壊死、血管周囲の炎症性細胞浸潤 <input type="checkbox"/> 2. MPO-ANCA 陽性
--

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 (更新)

最近1年間の変化	<input type="checkbox"/> 1. 原疾患は活動性なく経過し免疫抑制療法等の維持または減量を行った。 <input type="checkbox"/> 2. 原疾患に対し外来で免疫抑制療法を強化した。 <input type="checkbox"/> 3. 原疾患に対し入院で免疫抑制療法を強化した。 <input type="checkbox"/> 4. 合併症のため入院した。 *4を選択の場合、以下に記入 <input type="checkbox"/> 5. その他

■ 治療その他

薬物療法	
副腎皮質ステロイド	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	プレドニゾロン換算 最大量 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
ステロイドパルス療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
免疫抑制薬	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	薬剤名 1
	投与方法 <input type="checkbox"/> 1. 経口 <input type="checkbox"/> 2. 静注
	投与量 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg
単位 <input type="checkbox"/> 1. /日 <input type="checkbox"/> 2. /週 <input type="checkbox"/> 3. /2週 <input type="checkbox"/> 4. /月	

	薬剤名 2	
	投与方法	<input type="checkbox"/> 1. 経口 <input type="checkbox"/> 2. 静注
	投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg
	単位	<input type="checkbox"/> 1. /日 <input type="checkbox"/> 2. /週 <input type="checkbox"/> 3. /2週 <input type="checkbox"/> 4. /月
生物学的製剤	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	薬剤名	
	投与方法	<input type="checkbox"/> 1. 皮下注 <input type="checkbox"/> 2. 静注
	投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg
	単位	<input type="checkbox"/> 1. /日 <input type="checkbox"/> 2. /週 <input type="checkbox"/> 3. /2週 <input type="checkbox"/> 4. /月 <input type="checkbox"/> 5. その他 *5 を選択の場合、以下に記入
その他の薬剤 1	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	薬剤名	
	投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	単位	
その他の薬剤 2	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	薬剤名	
	投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	単位	



アフェレーシス		
血漿交換療法	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
血液透析	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
その他の治療法 (手術など)	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	治療法	

■ 重症度分類に関する事項

顕微鏡的多発血管炎の重症度分類	
<input type="checkbox"/> 1度	ステロイドを含む免疫抑制薬の維持量ないしは投薬なしで1年以上病状が安定し、臓器病変および合併症を認めず日常生活に支障なく寛解状態にある患者（血管拡張剤、降圧剤、抗凝固剤などによる治療は行ってもよい）。
<input type="checkbox"/> 2度	ステロイドを含む免疫抑制療法の治療と定期的外来通院を必要とし、臓器病変と合併症は併存しても軽微であり、介助なしで日常生活に支障のない患者。
<input type="checkbox"/> 3度	機能不全に至る臓器病変（腎、肺、心、精神・神経、消化管など）ないし合併症（感染症、圧迫骨折、消化管潰瘍、糖尿病など）を有し、しばしば再燃により入院または入院に準じた免疫抑制療法ないし合併症に対する治療を必要とし、日常生活に支障をきたしている患者。臓器病変の程度は注1のa～hの何れかを認める。
<input type="checkbox"/> 4度	臓器の機能と生命予後に深く関わる臓器病変（腎不全、呼吸不全、消化管出血、中枢神経障害、運動障害を伴う末梢神経障害、四肢壊死など）ないしは合併症（重症感染症など）が認められ、免疫抑制療法を含む厳重な治療管理ないし合併症に対する治療を必要とし、少なからず入院治療、時に一部介助を要し、日常生活に支障のある患者。臓器病変の程度は注2のa～hの何れかを認める。
<input type="checkbox"/> 5度	重篤な不可逆性臓器機能不全（腎不全、心不全、呼吸不全、意識障害・認知障害、消化管手術、消化・吸収障害、肝不全など）と重篤な合併症（重症感染症、DICなど）を伴い、入院を含む厳重な治療管理と少なからず介助を必要とし、日常生活が著しく支障をきたしている患者。これには、人工透析、在宅酸素療法、経管栄養などの治療を要する患者も含まれる。臓器病変の程度は注3のa～hの何れかを認める。

注

注1：以下のいずれかを認めること
a. 肺線維症により軽度の呼吸不全を認め、PaO <sub>2</sub> が60～70Torr
b. NYHA2度の心不全徴候を認め、心電図上陳旧性心筋梗塞、心房細動（粗動）、期外収縮あるいはST低下（0.2mV以上）の1つ以上認める
c. 血清クレアチニン値が2.5～4.9mg/dLの腎不全
d. 両眼の視力の和が0.09～0.2の視力障害
e. 拇指を含む2関節以上の指・趾切断。
f. 末梢神経障害による1肢の機能障害（筋力3）
g. 脳血管障害による軽度の片麻痺（筋力4）
h. 血管炎による便潜血反応中等度以上陽性、コーヒー残渣物の嘔吐



注2：以下のいずれかを認めること	
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. 肺線維症により中等度の呼吸不全を認め、PaO<sub>2</sub>が 50～59Torr</li> <li>b. NYHA3 度の心不全徴候を認め、胸部 X 線上 CTR60%以上、心電図上陳旧性心筋梗塞、脚ブロック、2 度以上の房室ブロック、心房細動（粗動）、人工ペースメーカーの装着、の何れかを認める</li> <li>c. 血清クレアチニン値が 5.0～7.9mg/dL の腎不全</li> <li>d. 両眼の視力の和が 0.02～0.08 の視力障害</li> <li>e. 1 肢以上の手・足関節より中枢側における切断</li> <li>f. 末梢神経障害による 2 肢の機能障害（筋力 3）</li> <li>g. 脳血管障害による著しい片麻痺（筋力 3）</li> <li>h. 血管炎による両眼的下血、嘔吐を認める</li> </ul>	
注3：以下のいずれかを認めること	
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. 肺線維症により高度の呼吸不全を認め、PaO<sub>2</sub>が 50Torr 未満</li> <li>b. NYHA4 度の心不全徴候を認め、胸部 X 線上 CTR60%以上、心電図上陳旧性心筋梗塞、脚ブロック、2 度以上の房室ブロック、心房細動（粗動）、人工ペースメーカーの装着、のいずれか 2 以上を認める</li> <li>c. 血清クレアチニン値が 8.0mg/dL の腎不全</li> <li>d. 両眼の視力の和が 0.01 以下の視力障害</li> <li>e. 2 肢以上の手・足関節より中枢側の切断</li> <li>f. 末梢神経障害による 3 肢以上の機能障害（筋力 3）、もしくは 1 肢以上の筋力全廃（筋力 2 以下）</li> <li>g. 脳血管障害による完全片麻痺（筋力 2 以下）</li> <li>h. 血管炎による消化管切除術を施行</li> </ul>	

■ 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
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

- ・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。
- ・診断年月日欄には、本臨床調査個人票に記載された内容を診断した日を記載してください。
- ・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。