

061 自己免疫性溶血性貧血

■ 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

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	
診断確定日	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 ⁴ /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 ⁴ /μL		血小板	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ×10 ⁴ /μL
MCV	<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"/> 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"/> 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"/> 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 ⁴ /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・便中ウロビリソ体増加	<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"> <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 <input type="checkbox"/> 次の1)~6)の検査所見がみられる <ul style="list-style-type: none"> 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 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 		
<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"/>	<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。