

014 慢性炎症性脱髄性多発神経炎／多巣性運動ニューロパチー

■ 患者情報

| | | | | |
|---------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 保険情報 | 保険者番号 | | 被保険者記号 | |
| | 被保険者番号 | | 被保険者 個人単位枝番 | |
| | 資格取得 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 |
| 氏名 | セイ | | メイ | |
| | 姓 | | 名 | |
| 以前の登録氏名 | セイ | | メイ | |
| | 姓 | | 名 | |
| 住所 | 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"/> | | |
| | 都道府県 | | | |
| | 市区町村 | | | |
| | 丁目番地等 | | | |
| 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 | |
| 性別 | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 | | | |
| 出生地 | 都道府県 | | | |
| | 市区町村 | | | |

■ 基本情報

| | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------|---|
| 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 | | | | | | |
| 発症時期 | 西暦 | <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 | | | | | | |
| 手帳取得状況 | | | | | | | |
| 身体障害者手帳 | <input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり（等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級） | | | | | | |
| 療育手帳 | <input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり | | | | | | |
| 精神障害者 保健福祉手帳 （障害者手帳） | <input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり（等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級） | | | | | | |
| 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1. する <input type="checkbox"/> 2. しない <input type="checkbox"/> 3. 不明 | | | | | | | |

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| 以下の1)～3)を認め、4)～7)のうち1つを満たし、 支持的診断所見で疾患を区別できる | <input type="checkbox"/> 1. 該当 | <input type="checkbox"/> 2. 非該当 |
| <input type="checkbox"/> 1) 2か月以上の経過の寛解・増悪を繰り返すか慢性進行性をとる多発ニューロパチー <input type="checkbox"/> 2) A. 発症と経過1. に該当する <input type="checkbox"/> 3) B-1. で2本以上の運動神経において脱髄を示唆する所見を示す <input type="checkbox"/> 4) B-2. で蛋白増加を認め細胞数が10/mm ³ 未満である <input type="checkbox"/> 5) B-3. で神経根あるいは馬尾の肥厚または造影所見がある <input type="checkbox"/> 6) B-4. で脱髄を示唆する所見がある <input type="checkbox"/> 7) C. 治療その他1. ～4. などにより改善を示した病歴がある | | |
| 支持的診断所見 | | |
| 1. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 (以下の1～3を認める) | | |
| <input type="checkbox"/> 1. 末梢神経伝導検査による感覚神経における異常所見 <input type="checkbox"/> 2. 体性誘発電位における異常所見 <input type="checkbox"/> 3. 免疫療法 (ステロイド薬、血漿浄化療法、免疫グロブリン静注療法) により改善を示した病歴 | | |
| 2. 多巣性運動ニューロパチー (以下の1～3を認める) | | |
| <input type="checkbox"/> 1. 球麻痺を含む脳神経症状・上位運動ニューロン徴候がない <input type="checkbox"/> 2. 血清における抗GM1 IgM抗体が陽性 <input type="checkbox"/> 3. 免疫療法 (免疫グロブリン静注療法) により改善を示した病歴 | | |

診断

| | |
|-------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 | <input type="checkbox"/> 2. 多巣性運動ニューロパチー |
|-------------------------------------------|------------------------------------------|

A. 発症と経過

| | | | |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 多発ニューロパチーを説明できる明らかな基礎疾患、 薬物使用、毒物への暴露がなく、類似疾患の遺伝歴がない (新規) | | <input type="checkbox"/> 1. 該当 | <input type="checkbox"/> 2. 非該当 |
| 経過の状態 | <input type="checkbox"/> 1. 単相性 <input type="checkbox"/> 2. 多相性 <input type="checkbox"/> 3. 慢性進行性 | | |
| | 再発回数 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 回 |
| 慢性進行性の場合 | 発症から症状のピークまでの期間 | | |
| | <input type="checkbox"/> 1) 2か月以内 <input type="checkbox"/> 2) 2～6か月 <input type="checkbox"/> 3) 6～12か月 <input type="checkbox"/> 4) 12か月以上 (慢性進行性を含む) | | |

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入し、以降の数値ボックスについては全て同様に記載する

| | | | | |
|--------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 末梢神経伝導検査* | | | | |
| 検査実施 | <input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施 | | | |
| | 検査日 | 西暦 | 年 | 月 日 |
| 正中 : median | 左右 | <input type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左 | 伝導速度 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m/s |
| | 遠位潜時 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ms | 振幅 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mV |
| | 伝導ブロック | <input type="checkbox"/> 1. + <input type="checkbox"/> 2. - | 時間的分散 | <input type="checkbox"/> 1. + <input type="checkbox"/> 2. - |
| | F 波欠如または最短潜時の延長 | | <input type="checkbox"/> 1. + <input type="checkbox"/> 2. - | |
| 尺骨 : ulnar | 左右 | <input type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左 | 伝導速度 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m/s |
| | 遠位潜時 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ms | 振幅 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mV |
| | 伝導ブロック | <input type="checkbox"/> 1. + <input type="checkbox"/> 2. - | 時間的分散 | <input type="checkbox"/> 1. + <input type="checkbox"/> 2. - |
| | F 波欠如または最短潜時の延長 | | <input type="checkbox"/> 1. + <input type="checkbox"/> 2. - | |
| 脛骨 : tibial | 左右 | <input type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左 | 伝導速度 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m/s |
| | 遠位潜時 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ms | 振幅 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mV |
| | 伝導ブロック | <input type="checkbox"/> 1. + <input type="checkbox"/> 2. - | 時間的分散 | <input type="checkbox"/> 1. + <input type="checkbox"/> 2. - |
| | F 波欠如または最短潜時の延長 | | <input type="checkbox"/> 1. + <input type="checkbox"/> 2. - | |
| その他 | 左右 | <input type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左 | 運動・感覚 | <input type="checkbox"/> 1. 運動 <input type="checkbox"/> 2. 感覚 |
| | 伝導速度 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m/s | 遠位潜時 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ms |
| | 振幅 | <input type="checkbox"/> 1. | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mV | |
| | | <input type="checkbox"/> 2. | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> μ V | |
| | 伝導ブロック | <input type="checkbox"/> 1. + <input type="checkbox"/> 2. - | 時間的分散 | <input type="checkbox"/> 1. + <input type="checkbox"/> 2. - |
| | F 波欠如または最短潜時の延長 | | <input type="checkbox"/> 1. + <input type="checkbox"/> 2. - | |
| 2. 脳脊髄液所見 | | | | |
| 検査実施 | <input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施 | | | |
| | 検査日 | 西暦 | 年 | 月 日 |

| | | | | | |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 細胞数 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | /mm ³ | 蛋白 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | mg/dL |
| 3. MRI による神経根・神経叢・馬尾造影所見 | | | | | |
| 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 |
| 異常所見の有無 | <input type="checkbox"/> 1. 肥厚所見あり <input type="checkbox"/> 2. 造影効果所見あり <input type="checkbox"/> 3. 異常所見なし | | | | |
| 4. 神経生検所見 | | | | | |
| 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 |
| 種類 | <input type="checkbox"/> 1. 周膜下浮腫 <input type="checkbox"/> 2. 節性脱髄 <input type="checkbox"/> 3. 有髄線維脱落 <input type="checkbox"/> 4. Onion-bulb | | | | |

*脱髄を示唆する所見 (①伝導速度の低下、②伝導ブロックまたは時間的分散の存在、③遠位潜時の延長、④F 波欠如または最短潜時の延長の少なくともひとつ) がみられることを記載した神経伝導検査レポートまたはそれと同内容の文書の写し (判読医の氏名の記載されたもの) を添付すること。

C. 治療その他

| | | | | | |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 1. 血漿浄化療法 | | | | | |
| 使用の有無 | <input type="checkbox"/> 1. 使用 <input type="checkbox"/> 2. 未使用 | | | | |
| | 種類 | <input type="checkbox"/> 1. 血漿交換 <input type="checkbox"/> 2. 免疫吸着 <input type="checkbox"/> 3. 二重膜濾過 | | | |
| 客観的な効果 | <input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明 | | | | |
| 2. ステロイド療法 | | | | | |
| 使用の有無 | <input type="checkbox"/> 1. 経口 <input type="checkbox"/> 2. パルス <input type="checkbox"/> 3. 未使用 | | | | |
| 客観的な効果 | <input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明 | | | | |
| 3. 免疫グロブリン静注療法 | | | | | |
| 使用の有無 | <input type="checkbox"/> 1. 使用 <input type="checkbox"/> 2. 未使用 | | | | |
| 客観的な効果 | <input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明 | | | | |
| 4. その他の治療法 | | | | | |
| 使用の有無 | <input type="checkbox"/> 1. 使用 <input type="checkbox"/> 2. 未使用 | | | | |
| | 種類 | | | | |
| 客観的な効果 | <input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明 | | | | |

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 | | | | | | | | | | | |
| 次の疾患に伴う末梢神経障害 (該当疾患を選択) | <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. 糖尿病</td> <td><input type="checkbox"/> 2. アミロイドーシス</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. 膠原病</td> <td><input type="checkbox"/> 4. 血管炎</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5. 固形癌</td> <td><input type="checkbox"/> 6. 悪性リンパ腫</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7. 多発性骨髄腫</td> <td><input type="checkbox"/> 8. POEMS 症候群</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9. サルコイドーシス</td> <td><input type="checkbox"/> 10. HIV 感染症</td> </tr> </table> *5 を選択の場合、以下に記入 | | <input type="checkbox"/> 1. 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 2. アミロイドーシス | <input type="checkbox"/> 3. 膠原病 | <input type="checkbox"/> 4. 血管炎 | <input type="checkbox"/> 5. 固形癌 | <input type="checkbox"/> 6. 悪性リンパ腫 | <input type="checkbox"/> 7. 多発性骨髄腫 | <input type="checkbox"/> 8. POEMS 症候群 | <input type="checkbox"/> 9. サルコイドーシス | <input type="checkbox"/> 10. HIV 感染症 |
| <input type="checkbox"/> 1. 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 2. アミロイドーシス | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 3. 膠原病 | <input type="checkbox"/> 4. 血管炎 | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 5. 固形癌 | <input type="checkbox"/> 6. 悪性リンパ腫 | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 7. 多発性骨髄腫 | <input type="checkbox"/> 8. POEMS 症候群 | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 9. サルコイドーシス | <input type="checkbox"/> 10. HIV 感染症 | | | | | | | | | | | |
| 薬物への暴露による末梢神経障害 | <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. あり</td> <td><input type="checkbox"/> 2. なし</td> <td><input type="checkbox"/> 3. 不明</td> </tr> </table> <table border="1" data-bbox="670 857 1436 981"> <tr> <td style="width: 100px;">薬剤名</td> <td></td> </tr> </table> | | <input type="checkbox"/> 1. あり | <input type="checkbox"/> 2. なし | <input type="checkbox"/> 3. 不明 | 薬剤名 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1. あり | <input type="checkbox"/> 2. なし | <input type="checkbox"/> 3. 不明 | | | | | | | | | | |
| 薬剤名 | | | | | | | | | | | | |
| 毒物への暴露による末梢神経障害 | <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. あり</td> <td><input type="checkbox"/> 2. なし</td> <td><input type="checkbox"/> 3. 不明</td> </tr> </table> <table border="1" data-bbox="670 1070 1436 1193"> <tr> <td style="width: 100px;">毒物名</td> <td></td> </tr> </table> | | <input type="checkbox"/> 1. あり | <input type="checkbox"/> 2. なし | <input type="checkbox"/> 3. 不明 | 毒物名 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1. あり | <input type="checkbox"/> 2. なし | <input type="checkbox"/> 3. 不明 | | | | | | | | | | |
| 毒物名 | | | | | | | | | | | | |
| ビタミンなどの栄養障害などによる末梢神経障害 | <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. あり</td> <td><input type="checkbox"/> 2. なし</td> <td><input type="checkbox"/> 3. 不明</td> </tr> </table> | | <input type="checkbox"/> 1. あり | <input type="checkbox"/> 2. なし | <input type="checkbox"/> 3. 不明 | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1. あり | <input type="checkbox"/> 2. なし | <input type="checkbox"/> 3. 不明 | | | | | | | | | | |
| 末梢神経障害を起こす遺伝性疾患 | <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. あり</td> <td><input type="checkbox"/> 2. なし</td> <td><input type="checkbox"/> 3. 不明</td> </tr> </table> <table border="1" data-bbox="670 1361 1436 1619"> <tr> <td style="width: 100px;">続柄</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="width: 100px;">疾患名</td> <td></td> </tr> </table> | | <input type="checkbox"/> 1. あり | <input type="checkbox"/> 2. なし | <input type="checkbox"/> 3. 不明 | 続柄 | | 疾患名 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1. あり | <input type="checkbox"/> 2. なし | <input type="checkbox"/> 3. 不明 | | | | | | | | | | |
| 続柄 | | | | | | | | | | | | |
| 疾患名 | | | | | | | | | | | | |
| その他の疾患による末梢神経障害の鑑別診断の可否 | <input type="checkbox"/> 1. 鑑別できる <input type="checkbox"/> 2. 鑑別できない | | | | | | | | | | | |

■ 重症度分類に関する事項

| 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 |

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など *500文字以内

■ その他の事項

臨床所見

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|---|
| 診察を行った年月日 | 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 |
| 反射 | | | | | | | | | | | | |
| 腱反射低下・消失 | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明 | | | | | | | | | | | |
| | 部位 | <input type="checkbox"/> 1. 右上肢 <input type="checkbox"/> 2. 右下肢 <input type="checkbox"/> 3. 左上肢 <input type="checkbox"/> 4. 左下肢 | | | | | | | | | | |
| 筋力 | | | | | | | | | | | | |
| 筋力低下 | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明 | | | | | | | | | | | |
| | 部位 | <input type="checkbox"/> 1. 右上肢 <input type="checkbox"/> 2. 右下肢 <input type="checkbox"/> 3. 左上肢 <input type="checkbox"/> 4. 左下肢 <input type="checkbox"/> 5. 脳神経領域 | | | | | | | | | | |
| 筋萎縮 | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明 | | | | | | | | | | | |
| | 部位 | <input type="checkbox"/> 1. 右上肢 <input type="checkbox"/> 2. 右下肢 <input type="checkbox"/> 3. 左上肢 <input type="checkbox"/> 4. 左下肢 | | | | | | | | | | |
| 感覚 | | | | | | | | | | | | |
| 感覚鈍麻 | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明 | | | | | | | | | | | |
| | 部位 | <input type="checkbox"/> 1. 右上肢 <input type="checkbox"/> 2. 右下肢 <input type="checkbox"/> 3. 左上肢 <input type="checkbox"/> 4. 左下肢 <input type="checkbox"/> 5. 脳神経領域 | | | | | | | | | | |

検査所見

| | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------|----|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------|
| 血液生化学所見 | | | | | | | | | | | | |
| 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"/> |
| 単クローン血症（免疫電気泳動もしくは固定法による）の有無 | | | | | | | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未検 | | | | | |

■ 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 | 「■重症度分類に関する事項」の「Barthel Index」を参照 |

| | |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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"/> |
| 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"/> <input type="text"/> *ハイフンを除き、左詰めで記入 |
| 医師の氏名 | |
| 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。
- ・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。

■ 行政記載欄

| | | | | |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 担当自治体 | | | | |
| 受理日 | 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 | |
| 公費負担者番号 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | | |
| 認定結果 | <input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 不認定 | | | |
| 研究同意の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | |
| 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"/> | | | |
| 有効期限 | 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 | |
| 階層区分 | <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 上位所得 <input type="checkbox"/> その他 | | | |
| 軽症者登録 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | |
| 保険情報 | 保険者番号 | <input type="text"/> | 被保険者記号 | <input type="text"/> |
| | 被保険者番号 | <input type="text"/> | 被保険者 個人単位枝番 | <input type="text"/> |
| | 資格取得 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 |