

020 副腎白質ジストロフィー

■ 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>

Definite (発症者) : A-1~8 の1つ以上が該当し、B-1 が高値で、B-2、3、4 のいずれかで異常を認める

Definite (発症前男性) : 家族内に発症者又は保因者がおり、かつ、B-1 が高値である男児

Definite (女性発症者) : A-1~8 の1つ以上が該当し、かつ、B-2、3、4 のいずれかで異常を認める女性で、かつ、以下の3項目のいずれかに該当する場合

- ・ 家族内に発症者又は保因者がいる
- ・ B-1 が高値
- ・ Cで遺伝子変異をヘテロ接合で有する

Definite : Cで病原性の遺伝子変異が同定された男性

いずれにも該当しない

病型

1. 小児大脳型 2. 思春期大脳型 3. 副腎脊髄ニューロパチー (AMN)

4. 成人大脳型 5. 小脳・脳幹型 6. アジソン型

7. 女性発症者 8. その他 (発症前男性等)

A. 症状

1. 精神症状	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	発症時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	症状	
2. 知能障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	発症時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	症状	

3. 視力低下	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	発症時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	症状	
4. 歩行障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	発症時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	症状	
	(歩行障害の状態) *1の場合、以下より選択	
	<input type="checkbox"/> 1. 移動に車椅子が必要 <input type="checkbox"/> 2. 臥床状態 <input type="checkbox"/> 3. なし <input type="checkbox"/> 4. 不明	
	車椅子時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
臥床時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月	
5. 錐体路徴候	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	発症時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	症状	
6. 感覚障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	発症時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	症状	
7. 自律神経障害 (排尿障害、陰萎)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	発症時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	症状	

8. 副腎不全症状	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	発症時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	症状	

B. 検査所見

1. 極長鎖脂肪酸分析	
極長鎖脂肪酸の増加	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 副腎機能検査	
副腎不全 有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
3. 頭部 MRI	
<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
T2 高信号域	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	部位 <input type="checkbox"/> 1. 後頭 <input type="checkbox"/> 2. 頭頂 <input type="checkbox"/> 3. 前頭 <input type="checkbox"/> 4. 側頭 <input type="checkbox"/> 5. 錐体路 <input type="checkbox"/> 6. 小脳 <input type="checkbox"/> 7. 聴覚伝導路 <input type="checkbox"/> 8. 脊髄
FLAIR 高信号域	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	部位 <input type="checkbox"/> 1. 後頭 <input type="checkbox"/> 2. 頭頂 <input type="checkbox"/> 3. 前頭 <input type="checkbox"/> 4. 側頭 <input type="checkbox"/> 5. 錐体路 <input type="checkbox"/> 6. 小脳 <input type="checkbox"/> 7. 聴覚伝導路 <input type="checkbox"/> 8. 脊髄
ガドリニウム造影効果	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
萎縮性病変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	部位 <input type="checkbox"/> 1. 大脳 <input type="checkbox"/> 2. 小脳 <input type="checkbox"/> 3. 脳幹 <input type="checkbox"/> 4. 脊髄
脱髄	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	部位 <input type="checkbox"/> 1. 後頭 <input type="checkbox"/> 2. 頭頂 <input type="checkbox"/> 3. 前頭 <input type="checkbox"/> 4. 側頭 <input type="checkbox"/> 5. 錐体路 <input type="checkbox"/> 6. 小脳 <input type="checkbox"/> 7. 聴覚伝導路 <input type="checkbox"/> 8. 脊髄

4. 神経生理学的検査	
ABR	<input type="checkbox"/> 1. 異常あり <input type="checkbox"/> 2. 異常なし
	所見
SEP	<input type="checkbox"/> 1. 異常あり <input type="checkbox"/> 2. 異常なし
	所見
VEP	<input type="checkbox"/> 1. 異常あり <input type="checkbox"/> 2. 異常なし
	所見
末梢神経伝導検査	<input type="checkbox"/> 1. 異常あり <input type="checkbox"/> 2. 異常なし
	所見

C. 遺伝学的検査

遺伝子異常の有無 異常があった遺伝子には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. 検査範囲内異常なし <input type="checkbox"/> 3. 検査未実施
<input type="checkbox"/> ABCD1 遺伝子 (<input type="checkbox"/> 1. 男性：病原性の変異 <input type="checkbox"/> 2. 女性：ヘテロ接合性変異 <input type="checkbox"/> 3. 不明)	

D. 鑑別診断

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
小児期発症例	<input type="checkbox"/> 1. 注意欠陥多動障害 <input type="checkbox"/> 2. 学習障害 <input type="checkbox"/> 3. 心身症 <input type="checkbox"/> 4. 視力障害 <input type="checkbox"/> 5. 難聴 <input type="checkbox"/> 6. アジソン病 <input type="checkbox"/> 7. 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 8. 亜急性硬化性全脳炎 (SSPE) <input type="checkbox"/> 9. 他の白質ジストロフィー
成人発症例	<input type="checkbox"/> 1. 家族性痙性対麻痺 <input type="checkbox"/> 2. 多発性硬化症 <input type="checkbox"/> 3. 精神病 <input type="checkbox"/> 4. 認知症 <input type="checkbox"/> 5. 脊髄小脳変性症 <input type="checkbox"/> 6. アジソン病 <input type="checkbox"/> 7. 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 8. 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 9. 他の白質ジストロフィー

■ 重症度分類に関する事項

診断基準に関する事項のすべての病型を対象とする	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
-------------------------	--

病型

- | | | |
|-----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. 小児大脳型 | <input type="checkbox"/> 2. 思春期大脳型 | <input type="checkbox"/> 3. 副腎脊髄ニューロパチー (AMN) |
| <input type="checkbox"/> 4. 成人大脳型 | <input type="checkbox"/> 5. 小脳・脳幹型 | <input type="checkbox"/> 6. アジソン型 |
| <input type="checkbox"/> 7. 女性発症者 | <input type="checkbox"/> 8. その他 (発症前男性等) | |

■ 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

発症と経過

経過	
家族内に保因者	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
運動	<input type="checkbox"/> 1. 独歩 <input type="checkbox"/> 2. 介助歩行 <input type="checkbox"/> 3. 坐位 <input type="checkbox"/> 4. ねがえり <input type="checkbox"/> 5. ねたきり
社会生活	<input type="checkbox"/> 1. 就労 <input type="checkbox"/> 2. 就学（普通級） <input type="checkbox"/> 3. 就学（支援級） <input type="checkbox"/> 4. 未就学／未就労
ADL	<input type="checkbox"/> 1. 自立 <input type="checkbox"/> 2. 部分介助 <input type="checkbox"/> 3. 全介助

症状（新規）

聴力低下	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	発症時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	症状	
嚙下障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	発症時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	症状	
言語障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	発症時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	症状	

検査所見 (新規) *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. 検査		<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
改訂 長谷川式 簡易知能評価スケール		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 点											
小児						成人							
小児 DQ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		成人 WAIS-R F	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
小児 WISC-III FIQ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		成人 WAIS-R VIQ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
小児 WISC-III VIQ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		成人 WAIS-R PIQ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
小児 WISC-III PIQ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		成人 WAIS-III FIQ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
小児 WISC-IV F	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		成人 WAIS-III VIQ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
小児 WISC-IV VCI	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		成人 WAIS-III PIQ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
小児 WISC-IV PRI	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>												
2. 極長鎖脂肪酸分析													
<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				
方法 (試料)	<input type="checkbox"/> 1. 血清スフィンゴミエリン <input type="checkbox"/> 2. 血漿総脂質 <input type="checkbox"/> 3. 赤血球膜脂質												
C26:0/C22:0	値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											
	正常値 (自)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	正常値 (至)	<input type="text"/>									
C25:0/C22:0	値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											
	正常値 (自)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	正常値 (至)	<input type="text"/>									
C24:0/C22:0	値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											
	正常値 (自)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	正常値 (至)	<input type="text"/>									

3. 副腎機能検査	
副腎不全発症時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
ACTH 値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL
	検査年月日 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
rapid ACTH test	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 低反応
	検査年月日 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
4. 頭部 CT	
<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
低吸収域	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	部位 <input type="checkbox"/> 1. 後頭 <input type="checkbox"/> 2. 頭頂 <input type="checkbox"/> 3. 前頭 <input type="checkbox"/> 4. 側頭 <input type="checkbox"/> 5. 錐体路 <input type="checkbox"/> 6. 小脳 <input type="checkbox"/> 7. 聴覚伝導路 <input type="checkbox"/> 8. 脊髄
萎縮性病変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	部位 <input type="checkbox"/> 1. 大脳 <input type="checkbox"/> 2. 小脳 <input type="checkbox"/> 3. 脳幹 <input type="checkbox"/> 4. 脊髄
脱髄	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	部位 <input type="checkbox"/> 1. 後頭 <input type="checkbox"/> 2. 頭頂 <input type="checkbox"/> 3. 前頭 <input type="checkbox"/> 4. 側頭 <input type="checkbox"/> 5. 錐体路 <input type="checkbox"/> 6. 小脳 <input type="checkbox"/> 7. 聴覚伝導路 <input type="checkbox"/> 8. 脊髄

治療その他

造血幹細胞移植			
実施有無	<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
ドナー	<input type="checkbox"/> 1. 血縁骨髄 <input type="checkbox"/> 2. 臍帯血 <input type="checkbox"/> 3. 非血縁骨髄		
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		
副腎皮質ホルモン			
実施有無	<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
最大投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/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		

その他				
実施有無	<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
内容				
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

■ 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"/>	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"/>											
医療機関所在地												
電話番号	<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。

■ 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"/>			
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"/>			
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