

056 ベーチェット病

■ 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"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/>
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>

<input type="checkbox"/> 完全型：経過中に以下の主症状のうち4項目が出現したもの	
<input type="checkbox"/> 不全型(a)：経過中に以下の主症状のうち3項目が出現したもの、あるいは主症状のうち2項目と以下の副症状のうち2項目が出現したもの <input type="checkbox"/> 不全型(b)：経過中に主症状の3. 眼症状とその他の項目のうち1項目、あるいは副症状のうち2項目が出現したもの	
<input type="checkbox"/> 疑い：主症状の一部が出現するが、不全型の条件を満たさないもの、及び定型的な副症状が反復あるいは増悪するもの	
<input type="checkbox"/> 特殊型：完全型又は不全型の基準を満たし、下のいずれかの病変を伴う <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 腸管 (型)：内視鏡で病変部位を確認 <input type="checkbox"/> 血管 (型)：動脈瘤、動脈閉塞、深部静脈血栓症、肺塞栓のいずれかを確認 <input type="checkbox"/> 神経 (型)：髄膜炎、脳幹脳炎など急激な炎症性病態を呈する急性型と体幹失調、精神症状が緩徐に進行する慢性進行型のいずれかを確認 	
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない	
主症状	<input type="checkbox"/> 1. 口腔粘膜の再発性アフタ性潰瘍 <input type="checkbox"/> 2. 皮膚症状 <input type="checkbox"/> 3. 眼症状 <input type="checkbox"/> 4. 外陰部潰瘍
副症状	<input type="checkbox"/> 1. 変形や硬直を伴わない関節炎 <input type="checkbox"/> 2. 精巣上体炎 <input type="checkbox"/> 3. 回盲部潰瘍で代表される消化器病変 <input type="checkbox"/> 4. 血管病変 <input type="checkbox"/> 5. 中等度以上の中樞神経病変

A. 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
a. 粘膜、皮膚、眼を侵す疾患	<input type="checkbox"/> 1. 多形滲出性紅斑 <input type="checkbox"/> 2. 急性薬物中毒 <input type="checkbox"/> 3. ライター (Reiter) 病			
b. ベーチェット病の主症状の1つを持つ疾患				
口腔粘膜症状をもつ疾患	<input type="checkbox"/> 1. 慢性再発性アフタ症 <input type="checkbox"/> 2. 急性外陰部潰瘍 (Lipschutz 潰瘍)			
皮膚症状をもつ疾患	<input type="checkbox"/> 1. 化膿性毛囊炎 <input type="checkbox"/> 2. 尋常性痤瘡 <input type="checkbox"/> 3. 結節性紅斑 <input type="checkbox"/> 4. 遊走性血栓性静脈炎 <input type="checkbox"/> 5. 単発性血栓性静脈炎 <input type="checkbox"/> 6. Sweet 病			

眼症状をもつ疾患	<input type="checkbox"/> 1. サルコイドーシス <input type="checkbox"/> 2. 細菌性および真菌性眼内炎 <input type="checkbox"/> 3. 急性網膜壊死 <input type="checkbox"/> 4. サイトメガロウイルス網膜炎 <input type="checkbox"/> 5. HTLV-1 関連ぶどう膜炎 <input type="checkbox"/> 6. トキソプラズマ網膜炎 <input type="checkbox"/> 7. 結核性ぶどう膜炎 <input type="checkbox"/> 8. 梅毒性ぶどう膜炎 <input type="checkbox"/> 9. ヘルペス性虹彩炎 <input type="checkbox"/> 10. 糖尿病性虹彩炎 <input type="checkbox"/> 11. HLA-B27 関連ぶどう膜炎 <input type="checkbox"/> 12. 仮面症候群
c. ベーチェット病の主症状及び副症状とまぎらわしい疾患	
口腔粘膜症状をもつ疾患	<input type="checkbox"/> 1. ヘルペス口唇・口内炎（単純ヘルペスウイルス1型感染症）
外陰部潰瘍	<input type="checkbox"/> 1. 単純ヘルペスウイルス2型感染症
結節性紅斑様皮疹	<input type="checkbox"/> 1. 結節性紅斑 <input type="checkbox"/> 2. バザン硬結性紅斑 <input type="checkbox"/> 3. サルコイドーシス <input type="checkbox"/> 4. スイート（Sweet）病
関節炎症状をもつ疾患	<input type="checkbox"/> 1. 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 2. 全身性エリテマトーデス <input type="checkbox"/> 3. 強皮症などの膠原病 <input type="checkbox"/> 4. 痛風 <input type="checkbox"/> 5. 乾癬性関節症
消化器症状をもつ疾患	<input type="checkbox"/> 1. 急性虫垂炎 <input type="checkbox"/> 2. 感染性腸炎 <input type="checkbox"/> 3. クローン病 <input type="checkbox"/> 4. 薬剤性腸炎 <input type="checkbox"/> 5. 腸結核
精巣上体炎をもつ疾患	<input type="checkbox"/> 1. 結核
血管系症状をもつ疾患	<input type="checkbox"/> 1. 高安動脈炎 <input type="checkbox"/> 2. バージャー（Buerger）病 <input type="checkbox"/> 3. 動脈硬化性動脈瘤 <input type="checkbox"/> 4. 感染性動脈瘤
中枢神経症状	<input type="checkbox"/> 1. 感染症・アレルギー性の髄膜・脳・脊髄炎 <input type="checkbox"/> 2. 全身性エリテマトーデス <input type="checkbox"/> 3. 脳・脊髄の腫瘍 <input type="checkbox"/> 4. 血管障害 <input type="checkbox"/> 5. 梅毒 <input type="checkbox"/> 6. 多発性硬化症 <input type="checkbox"/> 7. 精神疾患 <input type="checkbox"/> 8. サルコイドーシス

■ 重症度分類に関する事項

重症度	<input type="checkbox"/> 1. Stage I <input type="checkbox"/> 2. Stage II <input type="checkbox"/> 3. Stage III <input type="checkbox"/> 4. Stage IV <input type="checkbox"/> 5. Stage V	
	I	眼症状以外の主症状（口腔粘膜のアфта性潰瘍、皮膚症状、外陰部潰瘍）のみられるもの
	II	Stage I の症状に眼症状として虹彩毛様体炎が加わったもの。Stage I の症状に関節炎や精巣上体炎が加わったもの。
	III	網脈絡膜炎がみられるもの
	IV	失明の可能性があるか、失明に至った網脈絡膜炎およびその他の眼合併症を有するもの。活動性、ないし重度の後遺症を残す特殊病型（腸管ベーチェット病、血管ベーチェット病、神経ベーチェット病）である。
	V	生命予後に危険のある特殊病型ベーチェット病である。慢性進行型神経ベーチェット病である。
活動状態	<input type="checkbox"/> 1. 活動期 <input type="checkbox"/> 2. 非活動期 <input type="checkbox"/> 3. 固定期	

症状

主症状		
1. 口腔粘膜の再発性アфта性潰瘍	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 皮膚症状		
a. 結節性紅斑様皮疹	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
b. 皮下の血栓性静脈炎	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
c. 毛嚢炎様皮疹、瘡瘡様皮疹	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
3. 眼症状		
a. 虹彩毛様体炎	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
b. 網膜ぶどう膜炎（網脈絡膜炎）	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
c. 上記 a. b. を経過した症状と思われる虹彩後癒着、水晶体上色素沈着、網脈絡膜萎縮、視神経萎縮、併発白内障、続発緑内障、眼球癆	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
4. 外陰部潰瘍	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
副症状		
1. 筋骨格症状		
変形や硬直を伴わない関節炎	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 腎・泌尿器症状		
精巣上体炎	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明

3. 消化器症状		
内視鏡で確認できる消化器病変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	部位	
4. 心・循環器症状(血管病変)		
動脈瘤	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	部位	
動脈閉塞	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	部位	
深部静脈血栓症 (皮下の血栓性静脈炎は含まない)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	部位	
肺塞栓	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	部位	
5. 精神・神経症状		
中等度以上の中中枢神経病変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
a. 急性型 髄膜炎・脳幹脳炎など	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
b. 慢性進行型 体幹失調・精神症状など	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など（新規申請の際は必須） *500文字以内

■ その他の事項

発症と経過

初回認定年月	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
生活状況	<input type="checkbox"/> 1. 就労、就学 <input type="checkbox"/> 2. 家事労働 <input type="checkbox"/> 3. 在宅療養 <input type="checkbox"/> 4. 入院、入所

症状（新規）

合併症	自由記載 *50文字以内

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

皮膚の針反応 被刺激性亢進		<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明	
HLA-クラス I 検査		<input type="checkbox"/> 1. 施行	<input type="checkbox"/> 2. 未施行	<input type="checkbox"/> 3. 不明	
	HLA-B51	<input type="checkbox"/> 1. 陽性	<input type="checkbox"/> 2. 陰性	<input type="checkbox"/> 3. 不明	
	HLA-A26	<input type="checkbox"/> 1. 陽性	<input type="checkbox"/> 2. 陰性	<input type="checkbox"/> 3. 不明	
	その他の HLA クラス I				
結節性紅斑の生検組織像					
脂肪組織炎および血管病変		<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明	
非発作時の視力					
裸眼(右)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	矯正(右)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>		
裸眼(左)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	矯正(左)	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>		
髄液検査					
髄液細胞数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / μ L	髄液 IL-6 濃度	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL		
頭部 MRI 画像所見					
高信号域 (T2 強調画像または フレア画像)	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	脳幹の 萎縮像	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
	<input type="checkbox"/> 3. 不明			<input type="checkbox"/> 3. 不明	

治療その他（最近1年の状況）

薬物療法の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明			
	局所薬物療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	全身薬物療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	副腎皮質ステロイド薬	<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"/>	mg/日
	シクロスポリン	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	インフリキシマブ	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	アダリムマブ	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	コルヒチン	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	アプレミラスト	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	その他の薬剤	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	薬剤名			
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			

■ 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												
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"/> <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