

## 085 特発性間質性肺炎

## ■ 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"/> <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>

特発性間質性肺炎の診断基準	
<input type="checkbox"/> Definite (組織診断群) : Dの鑑別診断を除外した上で、Bの③を満たし、Cでいずれかの組織パターンを認める	
<input type="checkbox"/> Probable (臨床診断群) : Dの鑑別診断を除外した上で、A、Bの①と②のいずれか、Bの③、の全てを満たす *新規申請時に「Probable (臨床診断群)」の場合、「■ その他の事項」の細分類を行う	
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない	

A. 主要所見

以下の1を含む2項目以上を満たす 該当する項目に☑する	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 1. 捻髪音	<input type="checkbox"/> 2. 乾性咳嗽	<input type="checkbox"/> 3. 労作時呼吸困難	<input type="checkbox"/> 4. ばち指

B. 検査所見

血清学的検査			
①以下の血清学的検査のうち1項目以上を満たす 該当する項目に☑する	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 1. KL-6の上昇	<input type="checkbox"/> 2. SP-Dの上昇	<input type="checkbox"/> 3. SP-Aの上昇	
呼吸機能検査			
②以下の1~3のうち1項目以上を満たす	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
1. 拘束性障害 (%VC<80%)	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
2. 拡散障害 (%DLco<80%)	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
3. 低酸素血症:以下のうち1項目以上を満たす	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
安静時 PaO <sub>2</sub> : 80 Torr 未満	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> Torr
安静時 AaDO <sub>2</sub> : 20 Torr 以上	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> Torr
6分間歩行時 SpO <sub>2</sub> : 90%未満	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
胸部高分解能CT (HRCT) 画像所見			
③以下の1項目以上を両側性に認める	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
画像所見	<input type="checkbox"/> 1. 網状影	(	<input type="checkbox"/> 一側 <input type="checkbox"/> 両側 )
	<input type="checkbox"/> 2. すりガラス影	(	<input type="checkbox"/> 一側 <input type="checkbox"/> 両側 )
	<input type="checkbox"/> 3. 浸潤影 (コンソリデーション)	(	<input type="checkbox"/> 一側 <input type="checkbox"/> 両側 )

C. 組織所見

病理学的所見 (新規)	
外科的肺生検	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
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
方法	<input type="checkbox"/> 1. 開胸肺生検 <input type="checkbox"/> 2. 胸腔鏡下肺生検
所見	<input type="checkbox"/> 1. UIP <input type="checkbox"/> 2. NSIP <input type="checkbox"/> 3. OP <input type="checkbox"/> 4. DIP <input type="checkbox"/> 5. RB <input type="checkbox"/> 6. DAD <input type="checkbox"/> 7. LIP <input type="checkbox"/> 8. PPFE <input type="checkbox"/> 9. Unclassifiable

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
<input type="checkbox"/> 1. 心不全 <input type="checkbox"/> 2. 肺炎 (特に異型肺炎) <input type="checkbox"/> 3. 既知の原因による急性肺障害 <input type="checkbox"/> 4. 膠原病 <input type="checkbox"/> 5. 血管炎 <input type="checkbox"/> 6. サルコイドーシス <input type="checkbox"/> 7. 過敏性肺炎 <input type="checkbox"/> 8. じん肺 <input type="checkbox"/> 9. 放射線肺炎 <input type="checkbox"/> 10. 薬剤性肺障害 <input type="checkbox"/> 11. 好酸球性肺炎 <input type="checkbox"/> 12. びまん性汎細気管支炎 <input type="checkbox"/> 13. 癌性リンパ管症 <input type="checkbox"/> 14. 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 15. 浸潤性粘液性肺腺癌 <input type="checkbox"/> 16. リンパ脈管筋腫症 <input type="checkbox"/> 17. 肺胞蛋白症 <input type="checkbox"/> 18. 肺ランゲルハンス細胞組織球症	

■ 重症度分類に関する事項

重症度分類	<input type="checkbox"/> 1. I <input type="checkbox"/> 2. II <input type="checkbox"/> 3. III <input type="checkbox"/> 4. IV
-------	---

安静時 PaO <sub>2</sub> (室内気)	<input type="checkbox"/> 80Torr 以上 <input type="checkbox"/> 70Torr 以上 80Torr 未満 <input type="checkbox"/> 60Torr 以上 70Torr 未満 <input type="checkbox"/> 60Torr 未満	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Torr	
6 分間歩行時 SpO <sub>2</sub> 試験の実施	<input type="checkbox"/> 90%未満 <input type="checkbox"/> 90%以上 <input type="checkbox"/> 検査未実施	
	lowest SpO <sub>2</sub>	<input type="text"/> <input type="text"/> %
	歩行距離	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m

■ 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

Probable (臨床診断群) の細分類 (新規)

<input type="checkbox"/> 1. 特発性肺線維症 (IPF) 確定: 以下の主要項目の①と、②の a、b を満たす	
<input type="checkbox"/> 2. 特発性肺線維症 (IPF) 疑い: 以下の主要項目の①と、②の a、c を満たす	
<input type="checkbox"/> 3. 特発性胸膜肺実質線維弾性症 (idiopathic PPFE) 確定: 下記の鑑別診断を除外した上で、以下の主要項目の①、②の d と e、③のすべてを満たす	
<input type="checkbox"/> 4. 特発性胸膜肺実質線維弾性症 (idiopathic PPFE) 疑い: 下記の鑑別診断を除外した上で、以下の主要項目の①と②の d と e を満たす	
<input type="checkbox"/> 5. 分類不能: 上記のいずれにも該当しない	
主要項目	
①特発間質性肺炎 (IIPs) の「Probable (臨床診断群)」の診断基準を満たす	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
②胸部高分解能 CT (HRCT) 所見で以下の所見を認める	
<input type="checkbox"/> a. 肺底部・胸膜下優位の陰影分布	<input type="checkbox"/> c. 牽引性気管支・細気管支拡張を伴う網状影
<input type="checkbox"/> b. 蜂巣肺	<input type="checkbox"/> d. 両側上葉優位の胸膜直下の浸潤影 (コンソリデーション)
<input type="checkbox"/> e. 両側肺門の上方偏位、あるいは上葉の体積減少	
③画像上、両側上肺病変の経時的な増悪が確認できる	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
鑑別診断	
idiopathic PPFE の鑑別診断では、以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。	<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. 造血幹細胞移植後 PPFE	<input type="checkbox"/> 2. 肺移植後 PPFE
<input type="checkbox"/> 3. 薬剤などによる 2 次性 PPFE	
<input type="checkbox"/> 4. 画像的に類似した所見を呈する肺尖部胸膜肥厚 (apical cap)	
<input type="checkbox"/> 5. 抗酸菌や真菌などの感染症	

発症と経過 (新規)

喫煙歴	<input type="checkbox"/> 1. 現在喫煙 <input type="checkbox"/> 2. 過去に喫煙したがやめた <input type="checkbox"/> 3. なし			
	本数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 本/日	年数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年
粉塵吸引歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明			
	年数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年		
発症形式	<input type="checkbox"/> 1. 慢性発症 (3 か月以上) <input type="checkbox"/> 2. 亜急性発症 (1~3 か月)			
	<input type="checkbox"/> 3. 急性発症 (1 か月以内)			

主要所見

身体所見											
身長	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	体重	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	kg
労作時呼吸困難の mMRC グレード分類	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4						

検査所見

血清学的検査													
1. KL-6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	U/mL							
2. SP-D	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ng/mL							
3. SP-A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ng/mL							
4. LDH の上昇	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明			<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	IU/L		
	<input type="checkbox"/> 1. IFCC 法			<input type="checkbox"/> 2. JSCC 法									
5. リウマチ因子の 上昇	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明			<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	IU/mL		
6. 抗核抗体	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 不明			<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	倍		
7. MPO-ANCA	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 不明			<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	IU/mL		
8. CK の上昇	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明			<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	IU/L		
9. その他	内容												
胸部 CT 画像所見													
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
1. 肺底部・胸膜下優位の 陰影分布	<input type="checkbox"/> 1. あり			<input type="checkbox"/> 2. なし			<input type="checkbox"/> 3. 不明						
2. 蜂巣肺	<input type="checkbox"/> 1. あり			<input type="checkbox"/> 2. なし			<input type="checkbox"/> 3. 不明						
3. 牽引性気管支拡張	<input type="checkbox"/> 1. あり			<input type="checkbox"/> 2. なし			<input type="checkbox"/> 3. 不明						
呼吸機能													
FVC	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mL	%FVC	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%		
%FEV <sub>1</sub>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%	%DLco	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%		

気管支肺胞洗浄液 (BAL) 検査							
<input type="checkbox"/> 1. 実施		<input type="checkbox"/> 2. 未実施					
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				
回収率	<input type="text"/> <input type="text"/>	.	<input type="text"/> %				
肺胞 マクロファージ	<input type="text"/> <input type="text"/>	.	<input type="text"/> %	リンパ球	<input type="text"/> <input type="text"/>	.	<input type="text"/> %
好中球	<input type="text"/> <input type="text"/>	.	<input type="text"/> %	好酸球	<input type="text"/> <input type="text"/>	.	<input type="text"/> %
CD4/CD8 比	<input type="text"/> <input type="text"/>	.	<input type="text"/> <input type="text"/>				
経気管支肺生検 (TBLB) または経気管支的肺凍結生検 (TBLC)							
<input type="checkbox"/> 1. 実施		( <input type="checkbox"/> TBLB <input type="checkbox"/> TBLC)		<input type="checkbox"/> 2. 未実施			
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				
所見記載							

治療その他

副腎皮質ステロイド	<input type="checkbox"/> 1. あり		<input type="checkbox"/> 2. なし			
	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			
	治療期間 (自)	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		
	治療期間 (至)	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		
免疫抑制薬	<input type="checkbox"/> 1. あり		<input type="checkbox"/> 2. なし			
	種類					
	量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/日			
	治療期間 (自)	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		
	治療期間 (至)	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		
在宅酸素療法	<input type="checkbox"/> 1. あり		( <input type="checkbox"/> 労作時のみ <input type="checkbox"/> 1日中)		<input type="checkbox"/> 2. なし	
	治療期間 (自)	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		
	治療期間 (至)	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		



抗線維化薬 (ピルフェニドン)	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	
	量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
	治療期間 (自)	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
	治療期間 (至)	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
抗線維化薬 (ニンテダニブ)	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	
	量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
	治療期間 (自)	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
	治療期間 (至)	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
その他薬剤 (N-アセチル システイン等)	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	
	種類	
	量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
	治療期間 (自)	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
	治療期間 (至)	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

■ 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"/>					
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"/>						
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			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"/>