

025 進行性多巣性白質脳症

■ 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"/>	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 checked="" 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 1 : 臨床的診断基準の 4 項目を満たす
- Definite 2 : 病理学的検査による診断基準の 3 項目を満たす
- Definite 3 : 病理学的検査による診断基準の 1 を満たしかつ病理学的検査による診断基準の 2 または 3 のどちらかを満たす
- Definite 4 : 病理学的検査による診断基準の 1 を満たしかつ臨床的診断基準の 4 を満たす
- Probable 1 : 臨床的診断基準の 1 あるいは 2 のどちらかを満たした上で、3 かつ 4 を同時に満たす
- Probable 2 : 病理学的検査による診断基準の 1 を満たしかつ 2 と 3 を満たさない
- いずれにも該当しない

A. 主要所見

臨床的診断基準	
1. 亜急性進行性の脳症	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 典型的な頭部 MRI/CT 所見 : 白質に脳浮腫を伴わない大小不同、融合性の病変が散在	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
3. 脳脊髄液から PCR で JCV DNA が検出	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
4. 白質脳症をきたす他疾患を臨床的に除外できる	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
病理学的検査による診断基準	
1. 典型的な病理学的所見 : 脱髄巣、腫大した核を有するオリゴデンドログリア、奇怪な形態を呈するアストロサイトの存在	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 免疫組織化学または電子顕微鏡所見 : 免疫染色による JCV タンパク質の証明もしくは電子顕微鏡によるウイルス粒子の同定	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
3. 組織を用いた JCV PCR : 組織における JCV DNA の証明	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明

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

神経学的評価	診断日	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
脳神経系	視野	<input type="checkbox"/> 1. 正常ないし単眼性の欠損 <input type="checkbox"/> 2. 同名性視野障害
	顔面感覚	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 一側性障害 <input type="checkbox"/> 3. 両側性障害
	顔面神経麻痺	<input type="checkbox"/> 1. 正常ないし末梢性 <input type="checkbox"/> 2. 片側性中枢性麻痺 <input type="checkbox"/> 3. 両側性中枢性麻痺
運動系	筋緊張	<input type="checkbox"/> 1. 正常ないし低下 <input type="checkbox"/> 2. 下肢のみ亢進あるいは1肢のみ <input type="checkbox"/> 3. 四肢で亢進
	運動麻痺	
	上肢：左近位	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 軽度麻痺 <input type="checkbox"/> 3. 中等度麻痺 <input checked="" type="checkbox"/> 4. 高度麻痺 <input type="checkbox"/> 5. 麻痺ないし全く可動性なし
	上肢：左遠位	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 軽度麻痺 <input type="checkbox"/> 3. 中等度麻痺 <input type="checkbox"/> 4. 高度麻痺 <input type="checkbox"/> 5. 麻痺ないし全く可動性なし
	上肢：右近位	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 軽度麻痺 <input type="checkbox"/> 3. 中等度麻痺 <input type="checkbox"/> 4. 高度麻痺 <input type="checkbox"/> 5. 麻痺ないし全く可動性なし
	上肢：右遠位	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 軽度麻痺 <input type="checkbox"/> 3. 中等度麻痺 <input type="checkbox"/> 4. 高度麻痺 <input type="checkbox"/> 5. 麻痺ないし全く可動性なし
	下肢：左近位	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 軽度麻痺 <input type="checkbox"/> 3. 中等度麻痺 <input type="checkbox"/> 4. 高度麻痺 <input type="checkbox"/> 5. 麻痺ないし全く可動性なし
	下肢：左遠位	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 軽度麻痺 <input type="checkbox"/> 3. 中等度麻痺 <input type="checkbox"/> 4. 高度麻痺 <input type="checkbox"/> 5. 麻痺ないし全く可動性なし
	下肢：右近位	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 軽度麻痺 <input type="checkbox"/> 3. 中等度麻痺 <input type="checkbox"/> 4. 高度麻痺 <input type="checkbox"/> 5. 麻痺ないし全く可動性なし
	下肢：右遠位	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 軽度麻痺 <input type="checkbox"/> 3. 中等度麻痺 <input type="checkbox"/> 4. 高度麻痺 <input type="checkbox"/> 5. 麻痺ないし全く可動性なし
歩行	<input type="checkbox"/> 1. 正常ないし軽度障害 <input type="checkbox"/> 2. 中等度障害 <input type="checkbox"/> 3. 重度障害 <input type="checkbox"/> 4. 歩行不能 <input type="checkbox"/> 5. 下肢脱力のため評価不能	

協調運動	左上肢	<input type="checkbox"/> 1. 正常肢 <input type="checkbox"/> 2. 軽度遅速肢 <input type="checkbox"/> 3. 中等度遅速肢 <input type="checkbox"/> 4. 脱力のため評価不能肢
	左下肢	<input type="checkbox"/> 1. 正常肢 <input type="checkbox"/> 2. 軽度遅速肢 <input type="checkbox"/> 3. 中等度遅速肢 <input type="checkbox"/> 4. 脱力のため評価不能肢
	右上肢	<input type="checkbox"/> 1. 正常肢 <input type="checkbox"/> 2. 軽度遅速肢 <input type="checkbox"/> 3. 中等度遅速肢 <input type="checkbox"/> 4. 脱力のため評価不能肢
	右下肢	<input type="checkbox"/> 1. 正常肢 <input type="checkbox"/> 2. 軽度遅速肢 <input type="checkbox"/> 3. 中等度遅速肢 <input type="checkbox"/> 4. 脱力のため評価不能肢
反射	深部反射	<input type="checkbox"/> 1. 正常あるいは低下 <input type="checkbox"/> 2. いずれかで亢進
	足底反射	<input type="checkbox"/> 1. 無反応ないし屈曲反応 <input type="checkbox"/> 2. どちらかの側で屈伸反応
脳 MRI 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 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	T2W FLAIR high	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	T1W Low	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	病変部位 (複数可能)	<input type="checkbox"/> 1. 大脳白質 <input type="checkbox"/> 2. 小脳白質 <input type="checkbox"/> 3. 脳幹 <input type="checkbox"/> 4. その他 <input type="checkbox"/> 5. 不明
	病変分布	<input type="checkbox"/> 1. 両側性 <input type="checkbox"/> 2. 片側性
	対称性	<input type="checkbox"/> 1. 左右対称 <input type="checkbox"/> 2. 左右非対称
	MRI 病変数	<input type="text"/> <input type="text"/> 個
	Mass Effect	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
ガドリニウム 増強効果	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	

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. 中枢神経原発悪性リンパ腫	<input type="checkbox"/> 2. 脳トキソプラズマ症		
<input type="checkbox"/> 3. posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES)	<input type="checkbox"/> 4. 脳血管障害		
<input type="checkbox"/> 5. サイトメガロウイルス脳炎	<input type="checkbox"/> 6. HIV 脳症		
<input type="checkbox"/> 7. 薬剤性白質脳症	<input type="checkbox"/> 8. 多発性硬化症		
<input type="checkbox"/> 9. 副腎白質ジストロフィー			

■ 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

発症と経過

初発症状（新規）				
既往症（新規）				
基礎疾患				
経過				
これまでの経過	<input type="checkbox"/> 1. 進行性	<input type="checkbox"/> 2. 進行停止	<input type="checkbox"/> 3. 軽快	<input type="checkbox"/> 4. その他
最近の経過	<input type="checkbox"/> 1. 急速に悪化	<input type="checkbox"/> 2. 徐々に悪化	<input type="checkbox"/> 3. 不変	<input type="checkbox"/> 4. 軽快
	<input type="checkbox"/> 5. 治癒	<input type="checkbox"/> 6. その他		

その他の重症度に関する事項

Karnofsky score				
<input type="checkbox"/> 1. 正常。疾患に対する患者の訴えがない。臨床症状なし。(100) <input type="checkbox"/> 2. 軽い臨床症状はあるが、正常活動可能。(90) <input type="checkbox"/> 3. かなり臨床症状あるが、努力して正常活動可能。(80) <input type="checkbox"/> 4. 自分自身の世話はできるが、正常の活動・労働することは不可能(70) <input type="checkbox"/> 5. 自分に必要なことはできるが、ときどき介護が必要(60) <input type="checkbox"/> 6. 症状を考慮した看護および定期的な医療行為が必要。(50) <input type="checkbox"/> 7. 動けず、適切な医療および看護が必要(40) <input type="checkbox"/> 8. 全く動けず、入院が必要だが死はさしさまっていない(30) <input type="checkbox"/> 9. 非常に重症、入院が必要で精力的な治療が必要(20) <input type="checkbox"/> 10. 死期が切迫している(10)				
記載日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		年	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		月	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		日	<input type="text"/>	<input type="text"/>
運動機能の障害度スケール				
<input type="checkbox"/> 1. 障害なし <input type="checkbox"/> 2. 軽度（日常生活に不自由なし） <input type="checkbox"/> 3. 中等度（歩行は可能であるが、日常生活は不自由） <input type="checkbox"/> 4. 重度（車椅子） <input type="checkbox"/> 5. 寝たきり				

治療その他

治療と効果	
誘因除去	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	具体的内容
	治療日 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
発症起因薬剤の中止	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	治療日 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
メフロキン内服治療	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	治療日 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
抗レトロウイルス療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	治療日 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
ミルタザピン投与	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	治療日 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
その他の抗ウイルス薬	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	薬剤名
	治療日 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

血液浄化療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	治療日	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
その他の治療	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	治療法	
	治療日	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
免疫再構築症候群 (IRIS) 合併	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	治療日	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
ステロイドパルス 療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	治療日	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
ステロイド内服治療	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	治療日	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
気管切開	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	導入日	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
鼻腔栄養	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	導入日	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
胃瘻	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	導入日	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

■ 行政記載欄

担当自治体			
受理日	西暦	□□□□	年 □□ 月 □□ 日
公費負担者番号	□□□□□□□□		
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	□□□□□□□□		
有効期限	西暦	□□□□	年 □□ 月 □□ 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	□□□□ 年 □□ 月 □□ 日