

048 原発性抗リン脂質抗体症候群

■ 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"/> 年 <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 : Aの1、2のいずれか1項目以上を認め、かつBの1~3のいずれか1項目以上を満たす	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
---	--------------------------------	---------------------------------

診断

<input type="checkbox"/> 1. 動静脈血栓症 <input type="checkbox"/> 2. 妊娠合併症 <input type="checkbox"/> 3. 劇症型（急速な多臓器梗塞による臓器障害） <input type="checkbox"/> 4. 抗リン脂質抗体関連疾患	
重要臓器の梗塞を伴う場合	<input type="checkbox"/> 1. 脳 <input type="checkbox"/> 2. 心臓 <input type="checkbox"/> 3. 肺 <input type="checkbox"/> 4. その他 *4を選択の場合、以下に記入
診断年月	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月

A. 臨床基準

1. 血栓症（画像診断、あるいは組織学的に証明された明らかな血管壁の炎症を伴わない動静脈あるいは小血管の血栓症）		<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
動脈血栓症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
	部位			
静脈血栓症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
	部位			
小血管の血栓症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
	部位			

2. 妊娠合併症（妊娠歴のある女性のみ）： 以下の a～c のいずれかを認める		<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
a. 妊娠 10 週以降で、他に原因 のない正常形態胎児の死亡	<input type="checkbox"/> 1. あり		<input type="checkbox"/> 2. なし	
	ありの場合 流産の時期			
b. (ア) 子癇、重症妊娠高血圧 腎症	<input type="checkbox"/> 1. あり		<input type="checkbox"/> 2. なし	
	ありの場合 早産の時期			
b. (イ) 胎盤機能不全による妊 娠 34 週未満の正常形態胎児 の早産	<input type="checkbox"/> 1. あり		<input type="checkbox"/> 2. なし	
	ありの場合 早産の時期			
c. 3 回以上連続する妊娠 10 週 未満の原因不明流産（た だし、母体の解剖学的異常、 内分泌学的異常、父母の染 色体異常を除く。）	<input type="checkbox"/> 1. あり		<input type="checkbox"/> 2. なし	
	ありの場合 流産の時期			
染色体異常	<input type="checkbox"/> 1. あり		<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 未検査
	ありの場合 検査時期と 結果			

B. 検査基準

1. International Society of Thrombosis and Hemostasis のガイドラインに基づいた測定法で、ループスアンチコアグラントが 12 週間以上の間隔をおいて 2 回以上検出される	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
2. 標準化された ELISA 法・化学発光免疫測定法（CLIA 法）・化学発光酵素免疫測定法（CLEIA 法）において、中等度以上の力価の（>40 GPL or MPL、又は >99 パーセントイル）IgG 型又は IgM 型の aCL が 12 週間以上の間隔をおいて 2 回以上検出される	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
3. 標準化された ELISA 法・化学発光免疫測定法（CLIA 法）・化学発光酵素免疫測定法（CLEIA 法）において、中等度以上の力価（>99 パーセントイル）の IgG 型又は IgM 型の抗 $\beta 2$ グリコプロテイン I 抗体が 12 週間以上の間隔をおいて 2 回以上検出される	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当

免疫血清的検査

抗カルジオリピン抗体 (IgG・IgM)	IgG	<input type="checkbox"/> 1. 実施	<input type="checkbox"/> 2. 未実施
	検査年月日 1	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	<input type="checkbox"/> 1. 陽性	<input type="checkbox"/> 2. 陰性
	検査年月日 2	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	<input type="checkbox"/> 1. 陽性	<input type="checkbox"/> 2. 陰性
	IgM	<input type="checkbox"/> 1. 実施	<input type="checkbox"/> 2. 未実施
	検査年月日 1	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	<input type="checkbox"/> 1. 陽性	<input type="checkbox"/> 2. 陰性
	検査年月日 2	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	<input type="checkbox"/> 1. 陽性	<input type="checkbox"/> 2. 陰性
抗β2-グリコプロテイン I (β2-GPI) 抗体	IgG	<input type="checkbox"/> 1. 実施	<input type="checkbox"/> 2. 未実施
	検査年月日 1	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	<input type="checkbox"/> 1. 陽性	<input type="checkbox"/> 2. 陰性
	検査年月日 2	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	<input type="checkbox"/> 1. 陽性	<input type="checkbox"/> 2. 陰性
	IgM	<input type="checkbox"/> 1. 実施	<input type="checkbox"/> 2. 未実施
	検査年月日 1	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	<input type="checkbox"/> 1. 陽性	<input type="checkbox"/> 2. 陰性
	検査年月日 2	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	<input type="checkbox"/> 1. 陽性	<input type="checkbox"/> 2. 陰性

ループス抗凝固因子	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	種類	<input type="checkbox"/> 1. aPTT またはカオリン凝固時間の mixing test <input type="checkbox"/> 2. 希釈ラッセル蛇毒時間 <input type="checkbox"/> 3. 血小板中和試験 <input type="checkbox"/> 4. aPTT リン脂質中和試験
	検査年月日 1	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	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性
	検査年月日 2	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	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性

C. 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. 全身性エリテマトーデス (SLE) <input type="checkbox"/> 2. 他の膠原病 <input type="checkbox"/> 3. 特発性血小板減少性紫斑病 (ITP)・エヴァンズ症候群 <input type="checkbox"/> 4. 血栓性血小板減少性紫斑病 (TTP) <input type="checkbox"/> 5. 播種性血管内凝固症候群 (DIC) <input type="checkbox"/> 6. 血管炎症候群 <input type="checkbox"/> 7. 感染症 <input type="checkbox"/> 8. 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 9. 抗リン脂質抗体症候群 (APS) によらない動・静脈血栓症 <input type="checkbox"/> 10. 薬剤性疾患 <input type="checkbox"/> 11. プロテイン C, S 欠損症などの凝固因子欠乏症	

■ その他の事項

臨床基準（新規：診断から3年以内）*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

抗リン脂質関連症状			
血小板減少症 (10万未満)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	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	
	血小板	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ×10 ⁴ /μL	
溶血性貧血	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	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	
	間接ビリルビン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	
	網状赤血球	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %	
	血色素量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dL	
神経症状	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	腎障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
皮膚症状	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	弁膜症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
血栓性微血管障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	慢性血栓塞栓性 肺高血圧症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
高血圧（既往含む）	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	収縮期血圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg	
	拡張期血圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg	

検査基準（新規）

免疫血清的検査		
抗カルジオリピン・ β2-グリコプロテイン I (β2-GPI) 複合体抗体	IgG	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	検査年月日 1	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	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性
	検査年月日 2	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	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性
	IgM	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	検査年月日 1	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	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性
	検査年月日 2	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	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 陰性
その他の抗リン脂質 抗体	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	検査方法	
	検査年月日 1	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	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性
	検査年月日 2	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	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性

画像所見	
CT	<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
	臓器血栓症 <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	ありの場合 部位
	所見
MRI	<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
	臓器血栓症 <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	ありの場合 部位
	所見
血管造影	<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
	血栓 <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	ありの場合 部位
	所見

肺血流シンチ	<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
	血栓	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	ありの場合 部位	
	所見	
レノグラム	<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
	血栓	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	ありの場合 部位	
	所見	

治療その他（診断から3年以内）

薬物療法	
血小板凝集抑制剤	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	種類
	最大投与量
抗凝固剤	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	種類
	最大投与量
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 換算最大投与量
ステロイドパルス療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明

免疫抑制薬	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	薬剤名 1	
	投与方法	<input type="checkbox"/> 1. 経口 <input type="checkbox"/> 2. 静注
	投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg
	単位	<input type="checkbox"/> 1) 日 <input type="checkbox"/> 2) 週 <input type="checkbox"/> 3) 2週 <input type="checkbox"/> 4) 月
	薬剤名 2	
	投与方法	<input type="checkbox"/> 1. 経口 <input type="checkbox"/> 2. 静注
	投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg
	単位	<input type="checkbox"/> 1) 日 <input type="checkbox"/> 2) 週 <input type="checkbox"/> 3) 2週 <input type="checkbox"/> 4) 月
大量ガンマグロブリン	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	種類	
	投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/日
	投与日数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日
その他の薬剤1	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	薬剤名	
	投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
単位		

その他の薬剤2	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	薬剤名	
	投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	単位	
アフェレーシス		
血漿交換療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
血液透析	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
その他	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	薬剤名	

令和9年4月適用開始予定

■ 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"/> 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"/> 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	□□□□	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