

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"/>	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>

完全型：経過中にAの1. 主症状のうち4項目が出現した

不全型(ア)：経過中にAの1. 主症状のうち3項目、あるいは1. 主症状のうち2項目と
Aの2. 副症状のうち2項目が出現した

不全型(イ)：経過中に定型的眼症状とその他のAの1. 主症状のうち1項目、あるいは
Aの2. 副症状のうち2項目が出現した

疑い：Aの1. 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
Aの2. 副症状が反復あるいは増悪する

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

(ア)腸管 (型)：内視鏡で病変部位を確認する

(イ)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する

(ウ)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する

いずれにも該当しない

A. 主要項目

1. 主症状			
a. 口腔粘膜の再発性アフタ性潰瘍	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
b. 皮膚症状	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
(ア)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
(イ)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
(ウ)毛嚢炎様皮疹、痤瘡様皮疹	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
c. 眼症状	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
(ア)虹彩毛様体炎	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
(イ)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
(ウ)上記(ア) (イ)を経過したと思われる 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
d. 外陰部潰瘍	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明

2. 副症状			
a. 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
b. 精巣上体炎	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
c. 回盲部潰瘍で代表される消化器病変	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
d. 血管病変	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
e. 中等度以上の中枢神経病変	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明

■ 重症度分類に関する事項

重症度	<input type="checkbox"/> 1. Stage I : 眼症状以外の主症状（口腔粘膜のアフタ性潰瘍、皮膚症状、外陰部潰瘍）のみられるもの
	<input type="checkbox"/> 2. Stage 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。
	<input type="checkbox"/> 3. Stage III : 網脈絡膜炎のみられるもの
	<input type="checkbox"/> 4. Stage 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。
	<input type="checkbox"/> 5. Stage 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。

症状

重症度判定年月日	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
主症状												
1. 口腔粘膜の再発性アフタ性潰瘍		<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. 毛囊炎様皮疹、痤瘡様皮疹		<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 checked="" 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			
中等度以上の中樞神経病変	<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

令和9年4月適用開始予定

■ 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

検査所見 (新規: 変動のあるものは最重症時)

*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)	矯正(右)
裸眼(左)	矯正(左)
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"/> 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 <input type="checkbox"/> 3. 不明	脳幹の萎縮像 <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明

鑑別診断（新規）

以下の疾病を鑑別し、除外できた疾病には <input checked="" type="checkbox"/> 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
全身性疾患	<input type="checkbox"/> 膠原病（全身性エリテマトーデスなど） <input type="checkbox"/> スイート病	<input type="checkbox"/> 成人スチル病		
口腔粘膜病変	<input type="checkbox"/> 1. 単純ヘルペスウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 3. 水痘・带状疱疹 <input type="checkbox"/> 6. 天疱瘡・類天疱瘡	<input type="checkbox"/> 2. 手足口病 <input type="checkbox"/> 4. カンジダ性口内炎 <input type="checkbox"/> 7. 扁平苔癬	<input type="checkbox"/> 5. 慢性再発性アフタ <input type="checkbox"/> 8. 急性薬物中毒	
皮膚病変	<input type="checkbox"/> 1. 毛嚢炎 <input type="checkbox"/> 4. スイート病	<input type="checkbox"/> 2. 痤瘡 <input type="checkbox"/> 5. 多形紅斑	<input type="checkbox"/> 3. 結節性紅斑 <input type="checkbox"/> 6. 好中球性皮膚症	
眼病変	<input type="checkbox"/> 1. ヘルペス性虹彩炎 <input type="checkbox"/> 3. 梅毒性ぶどう膜炎 <input type="checkbox"/> 5. 眼トキソプラズマ症 <input type="checkbox"/> 7. 急性前部ぶどう膜炎（脊椎関節炎を含む） <input type="checkbox"/> 9. 糖尿病性虹彩炎	<input type="checkbox"/> 2. ウイルス性網膜炎 <input type="checkbox"/> 4. 結核性ぶどう膜炎 <input type="checkbox"/> 6. 感染性眼内炎 <input type="checkbox"/> 8. 眼サルコイドーシス <input type="checkbox"/> 10. 仮面症候群		
外陰部病変	<input type="checkbox"/> 1. 単純ヘルペスウイルス感染症	<input type="checkbox"/> 2. 梅毒	<input type="checkbox"/> 3. 軟性下疳	
関節炎病変	<input type="checkbox"/> 1. 膠原病（全身性エリテマトーデスなど） <input type="checkbox"/> 3. 脊椎関節炎（乾癬性関節炎、反応性関節炎など含む） <input type="checkbox"/> 4. 自己炎症症候群	<input type="checkbox"/> 2. 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 5. 結晶性関節炎	<input type="checkbox"/> 6. 変形性関節症	
精巣上体病変	<input type="checkbox"/> 1. 細菌性精巣上体炎 <input type="checkbox"/> 3. 鼠径ヘルニア嵌頓	<input checked="" type="checkbox"/> 2. 血管炎（結節性多発動脈炎・ANCA 関連血管炎等）に伴う精巣上体炎	<input type="checkbox"/> 4. 精巣捻転	
消化器病変	<input type="checkbox"/> 1. クロウン病 <input type="checkbox"/> 4. 感染性腸炎	<input type="checkbox"/> 2. 潰瘍性大腸炎 <input type="checkbox"/> 5. 急性虫垂炎	<input type="checkbox"/> 3. 腸結核 <input type="checkbox"/> 6. 薬剤性腸炎	

血管病変	<input type="checkbox"/> 1. 血液凝固異常症（プロテインS欠損症、プロテインC欠損症、アンチトロンビン欠乏症） <input type="checkbox"/> 2. 癌関連性血栓症（トルソー症候群） <input type="checkbox"/> 3. 高安動脈炎 <input type="checkbox"/> 4. 巨細胞性動脈炎 <input type="checkbox"/> 5. 結節性多発動脈炎 <input type="checkbox"/> 6. 川崎病 <input type="checkbox"/> 7. 慢性動脈周囲炎（IgG4関連疾患など） <input type="checkbox"/> 8. バージャー病 <input type="checkbox"/> 9. 感染性動脈瘤
神経病変 (a 急性型、 c 慢性進行型、 b 両者)	1. 感染症性の髄膜・脳・脊髄炎 <input type="checkbox"/> 細菌性 a <input type="checkbox"/> ウイルス性 b <input type="checkbox"/> 結核性 a <input type="checkbox"/> 真菌性 b <input type="checkbox"/> 梅毒性 c 2. 炎症性疾患 <input type="checkbox"/> 多発性硬化症 b <input type="checkbox"/> 視神経脊髄炎スペクトラム障害 a <input type="checkbox"/> MOG抗体関連疾患 a <input type="checkbox"/> 急性散在性脳脊髄炎 a <input type="checkbox"/> 自己免疫介在性脳炎・脳症 b <input type="checkbox"/> ビッカースタッフ脳幹脳炎 a <input type="checkbox"/> サルコイドーシス b 3. 脳・脊髄の腫瘍 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 c <input type="checkbox"/> 神経膠腫 c <input type="checkbox"/> 転移性脳腫瘍 c 4. 血管障害 <input type="checkbox"/> 脳出血 a <input type="checkbox"/> 脳梗塞 a <input type="checkbox"/> 慢性硬膜下血腫 c <input type="checkbox"/> 硬膜動静脈瘻 c 5. 変性疾患・その他 <input type="checkbox"/> 脊髄小脳変性症 c <input type="checkbox"/> 代謝性脳症 b <input type="checkbox"/> 薬剤性脳症 b <input type="checkbox"/> 傍腫瘍性神経症候群 b

重要な併存疾患（記載時点）

以下の疾病の診断が可能な場合、その疾病に☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. いずれの疾病も併存していない <input type="checkbox"/> 2. 併存疾病あり <input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> PFAPA 症候群 <input type="checkbox"/> A20 ハプロ不全症 * <input type="checkbox"/> トリソミー8 関連腸炎・自己炎症性疾患 * <input type="checkbox"/> VEXAS 症候群 * <input type="checkbox"/> MAGIC 症候群 <input type="checkbox"/> 抗リン質抗体症候群 <input type="checkbox"/> 線維筋痛症 <input type="checkbox"/> その他の自己炎症症候群・原発性免疫不全症 ** * A20 ハプロ不全症：TNFAIP3 遺伝子異常、VEXAS 症候群：UBA1 遺伝子異常、トリソミー8：染色体異常の確認が必須 ** その他の自己炎症症候群・原発性免疫不全症を選択の場合、以下に具体的な疾患名を記入	
具体的な疾患名	

治療その他（過去1年間の状況）

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	□□□□	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