

011 重症筋無力症

■ 行政記載欄

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"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	---	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
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"/>							
住所								
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 <input type="text"/> <input type="text"/>	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
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							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <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

■ 診断基準に関する事項

A. 症状

1. 以下の自他覚的症状があり、易疲労性と日内変動を伴う項目が1つ以上ある	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
(a)眼瞼下垂	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
(b)眼球運動障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
(c)顔面筋筋力低下	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
(d)構音障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
(e)嚥下障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
(f)咀嚼障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
(g)頸筋筋力低下	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
(h)四肢・体幹筋力低下	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
(i)呼吸困難	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明

その他		
合併症	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. 橋本病 <input type="checkbox"/> 3. バセドウ病	
	<input type="checkbox"/> 4. 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 5. 全身性エリテマトーデス <input type="checkbox"/> 6. その他の合併症	
*6 を選択の場合、以下に記入		

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

2. 以下の自己抗体のいずれかが陽性である		<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
(a) アセチルコリン受容体抗体	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 未施行 <input type="checkbox"/> 4. 不明	
	抗体価	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> nmol/L
	検査日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
(b) 筋特異的受容体型チロシンキナーゼ (MuSK) 抗体	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 未施行 <input type="checkbox"/> 4. 不明	
	抗体価	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> nmol/L
	検査日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
3. 以下の検査のいずれかにより神経筋接合部障害を示す生理学的所見がある		<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
(c) 低頻度反復刺激誘発筋電図	<input type="checkbox"/> 1. waning あり (陽性) <input type="checkbox"/> 2. waning なし (陰性)	
	<input type="checkbox"/> 3. 未施行 <input type="checkbox"/> 4. 不明	
(d) エドロフonium試験 (眼球運動障害、低頻度反復刺激誘発筋電図などの客観的な指標を用いて評価)	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 未施行 <input type="checkbox"/> 4. 不明	
	検査日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
(e) 単線維筋電図	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施 <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	被検筋	
	increased jitter	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	blocking	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	mean MCD	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> μS
4. 画像検査		
(f) 胸腺異常 (CT 又はMRI)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未施行 <input type="checkbox"/> 4. 不明	

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																																										
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 1. ランバート・イートン筋無力症候群</td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. 筋ジストロフィー（ベッカー型、肢帯型、顔面・肩甲・上腕型）</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. 多発性筋炎</td> <td><input type="checkbox"/> 4. 周期性四肢麻痺</td> <td><input type="checkbox"/> 5. 甲状腺機能亢進症</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6. ミトコンドリア脳筋症</td> <td><input type="checkbox"/> 7. 慢性進行性外眼筋麻痺</td> <td><input type="checkbox"/> 8. ギラン・バレー症候群</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9. 多発性神経炎</td> <td><input type="checkbox"/> 10. 動眼神経麻痺</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 11. トロサ・ハント（Tolosa-Hunt）症候群</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 12. 脳幹部腫瘍・血管障害</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 13. 脳幹脳炎</td> <td><input type="checkbox"/> 14. 単純ヘルペス・その他のウイルス性脳炎</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 15. 脳底部髄膜炎</td> <td><input type="checkbox"/> 16. 側頭動脈炎</td> <td><input type="checkbox"/> 17. ウェルニッケ脳症</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 18. リー脳症</td> <td><input type="checkbox"/> 19. 糖尿病性外眼筋麻痺</td> <td><input type="checkbox"/> 20. 血管炎</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 21. 神経ベーチェット病</td> <td><input type="checkbox"/> 22. サルコイドーシス</td> <td><input type="checkbox"/> 23. 多発性硬化症</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 24. 急性散在性脳脊髄炎</td> <td><input type="checkbox"/> 25. フィッシャー症候群</td> <td><input type="checkbox"/> 26. 先天性筋無力症候群</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 27. 先天性ミオパチー</td> <td><input type="checkbox"/> 28. 眼瞼皮膚弛緩症</td> <td><input type="checkbox"/> 29. ミオトニー</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 30. 眼瞼痙攣</td> <td><input type="checkbox"/> 31. 開眼失行</td> <td><input type="checkbox"/> 32. 筋萎縮性側索硬化症</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 33. ボツリヌス症</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> 1. ランバート・イートン筋無力症候群			<input type="checkbox"/> 2. 筋ジストロフィー（ベッカー型、肢帯型、顔面・肩甲・上腕型）			<input type="checkbox"/> 3. 多発性筋炎	<input type="checkbox"/> 4. 周期性四肢麻痺	<input type="checkbox"/> 5. 甲状腺機能亢進症	<input type="checkbox"/> 6. ミトコンドリア脳筋症	<input type="checkbox"/> 7. 慢性進行性外眼筋麻痺	<input type="checkbox"/> 8. ギラン・バレー症候群	<input type="checkbox"/> 9. 多発性神経炎	<input type="checkbox"/> 10. 動眼神経麻痺		<input type="checkbox"/> 11. トロサ・ハント（Tolosa-Hunt）症候群		<input type="checkbox"/> 12. 脳幹部腫瘍・血管障害	<input type="checkbox"/> 13. 脳幹脳炎	<input type="checkbox"/> 14. 単純ヘルペス・その他のウイルス性脳炎		<input type="checkbox"/> 15. 脳底部髄膜炎	<input type="checkbox"/> 16. 側頭動脈炎	<input type="checkbox"/> 17. ウェルニッケ脳症	<input type="checkbox"/> 18. リー脳症	<input type="checkbox"/> 19. 糖尿病性外眼筋麻痺	<input type="checkbox"/> 20. 血管炎	<input type="checkbox"/> 21. 神経ベーチェット病	<input type="checkbox"/> 22. サルコイドーシス	<input type="checkbox"/> 23. 多発性硬化症	<input type="checkbox"/> 24. 急性散在性脳脊髄炎	<input type="checkbox"/> 25. フィッシャー症候群	<input type="checkbox"/> 26. 先天性筋無力症候群	<input type="checkbox"/> 27. 先天性ミオパチー	<input type="checkbox"/> 28. 眼瞼皮膚弛緩症	<input type="checkbox"/> 29. ミオトニー	<input type="checkbox"/> 30. 眼瞼痙攣	<input type="checkbox"/> 31. 開眼失行	<input type="checkbox"/> 32. 筋萎縮性側索硬化症	<input type="checkbox"/> 33. ボツリヌス症		
<input type="checkbox"/> 1. ランバート・イートン筋無力症候群																																											
<input type="checkbox"/> 2. 筋ジストロフィー（ベッカー型、肢帯型、顔面・肩甲・上腕型）																																											
<input type="checkbox"/> 3. 多発性筋炎	<input type="checkbox"/> 4. 周期性四肢麻痺	<input type="checkbox"/> 5. 甲状腺機能亢進症																																									
<input type="checkbox"/> 6. ミトコンドリア脳筋症	<input type="checkbox"/> 7. 慢性進行性外眼筋麻痺	<input type="checkbox"/> 8. ギラン・バレー症候群																																									
<input type="checkbox"/> 9. 多発性神経炎	<input type="checkbox"/> 10. 動眼神経麻痺																																										
<input type="checkbox"/> 11. トロサ・ハント（Tolosa-Hunt）症候群		<input type="checkbox"/> 12. 脳幹部腫瘍・血管障害																																									
<input type="checkbox"/> 13. 脳幹脳炎	<input type="checkbox"/> 14. 単純ヘルペス・その他のウイルス性脳炎																																										
<input type="checkbox"/> 15. 脳底部髄膜炎	<input type="checkbox"/> 16. 側頭動脈炎	<input type="checkbox"/> 17. ウェルニッケ脳症																																									
<input type="checkbox"/> 18. リー脳症	<input type="checkbox"/> 19. 糖尿病性外眼筋麻痺	<input type="checkbox"/> 20. 血管炎																																									
<input type="checkbox"/> 21. 神経ベーチェット病	<input type="checkbox"/> 22. サルコイドーシス	<input type="checkbox"/> 23. 多発性硬化症																																									
<input type="checkbox"/> 24. 急性散在性脳脊髄炎	<input type="checkbox"/> 25. フィッシャー症候群	<input type="checkbox"/> 26. 先天性筋無力症候群																																									
<input type="checkbox"/> 27. 先天性ミオパチー	<input type="checkbox"/> 28. 眼瞼皮膚弛緩症	<input type="checkbox"/> 29. ミオトニー																																									
<input type="checkbox"/> 30. 眼瞼痙攣	<input type="checkbox"/> 31. 開眼失行	<input type="checkbox"/> 32. 筋萎縮性側索硬化症																																									
<input type="checkbox"/> 33. ボツリヌス症																																											

<診断のカテゴリ>

<input type="checkbox"/> A-1. の1つ以上と、B-2. を満たす場合 <input type="checkbox"/> A-1. の1つ以上と、B-3. を満たし、C. の疾患が鑑別できる（B-2. を満たさないことが前提条件） <input type="checkbox"/> いずれにも該当しない
--

症状の概要、経過、特記すべき事項など *250文字以内かつ7行以内

■ 発症と経過

経過（自覚症状）			
日内変動	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
易疲労性	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明

■ 治療その他

胸腺に対する治療				
胸腺摘除術の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明			
	胸腺摘除術の実施年月	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月		
	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		
胸腺病理像	<input type="checkbox"/> 1. 胸腺腫（浸潤なし） <input type="checkbox"/> 2. 胸腺腫（浸潤あり） <input type="checkbox"/> 3. 退縮胸腺 <input type="checkbox"/> 4. 過形成 <input type="checkbox"/> 5. その他			
胸腺放射線照射	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明			
現在の内服治療				
抗コリンエステラーゼ薬の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
	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		
副腎皮質ステロイドの有無	<現在>	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
		プレドニゾン換算	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/連日・隔日	
		プレドニゾン投与方法	<input type="checkbox"/> 1. 連日 <input type="checkbox"/> 2. 隔日	
		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	
	<過去>	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
		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	

免疫抑制剤 (タクロリムス)の有無	<現在>	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
		投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/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
	<過去>	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
免疫抑制剤 (シクロスポリン)の有無	<現在>	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
		投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/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
	<過去>	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
免疫抑制剤 (タクロリムス・シクロスポリン以外)の有無	<現在>	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
		薬剤名	
		<input type="text"/>	
		投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日・週
		投与単位	<input type="checkbox"/> 1. 日 <input type="checkbox"/> 2. 週
		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
	<過去>	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
		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
現在又は過去に行った内服以外の治療			
血液浄化療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	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	
IVIg 療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	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 <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	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 <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	薬剤名		
	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	

■ 重症度分類に関する事項

MGFA 分類	
<input type="checkbox"/> 1. 0 <input type="checkbox"/> 2. I <input type="checkbox"/> 3. IIa <input type="checkbox"/> 4. IIb <input type="checkbox"/> 5. IIIa <input type="checkbox"/> 6. IIIb <input type="checkbox"/> 7. IVa <input type="checkbox"/> 8. IVb <input type="checkbox"/> 9. V	
Class I	眼筋型、眼輪筋の筋力低下も含む。他の全ての筋力は正常。
Class II	眼以外の筋の軽度の筋力低下。眼の症状の程度は問わない。
IIa	四肢・体軸>口腔・咽頭・呼吸筋の筋力低下
IIb	四肢・体軸≤口腔・咽頭・呼吸筋の筋力低下
Class III	眼以外の筋の中等度の筋力低下。眼の症状の程度は問わない。
IIIa	四肢・体軸>口腔・咽頭・呼吸筋の筋力低下
IIIb	四肢・体軸≤口腔・咽頭・呼吸筋の筋力低下
Class IV	眼以外の筋の高度の筋力低下。眼の症状の程度は問わない。
IVa	四肢・体軸>口腔・咽頭・呼吸筋の筋力低下
IVb	四肢・体軸≤口腔・咽頭・呼吸筋の筋力低下 (経管栄養チューブを挿入している場合含む)
Class V	気管挿管されている者、人工呼吸器装着の有無は問わない。眼の症状の程度は問わない。 (通常術後管理として、挿管されている場合は、この分類に入れない。 気管挿管はなく、経管栄養チューブを挿入している場合は、Class IVbに分類する。)

MG-ADL スケール	
会話	<input type="checkbox"/> 正常 (0点) <input type="checkbox"/> 間欠的に不明瞭もしくは鼻声 (1点) <input type="checkbox"/> 常に不明瞭もしくは鼻声、 しかし聞いて理解可能 (2点) <input type="checkbox"/> 聞いて理解するのが困難 (3点)
咀嚼	<input type="checkbox"/> 正常 (0点) <input type="checkbox"/> 固形物で疲労 (1点) <input type="checkbox"/> 柔らかい食物で疲労 (2点) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (3点)
嚥下	<input type="checkbox"/> 正常 (0点) <input type="checkbox"/> まれにむせる (1点) <input type="checkbox"/> 頻回にむせるため、食事の変更が 必要 (2点) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (3点)
呼吸	<input type="checkbox"/> 正常 (0点) <input type="checkbox"/> 体動時の息切れ (1点) <input type="checkbox"/> 安静時の息切れ (2点) <input type="checkbox"/> 人工呼吸を要する (3点)
歯磨き・ 櫛使用の障害	<input type="checkbox"/> 正常 (0点) <input type="checkbox"/> 努力を要するが休息を要しない (1点) <input type="checkbox"/> 休息を要する (2点) <input type="checkbox"/> できない (3点)
椅子からの 立ち上がり 障害	<input type="checkbox"/> 正常 (0点) <input type="checkbox"/> 軽度、ときどき腕を使う (1点) <input type="checkbox"/> 中等度、常に腕を使う (2点) <input type="checkbox"/> 高度、介助を要する (3点)
複視	<input type="checkbox"/> 正常 (0点) <input type="checkbox"/> あるが毎日ではない (1点) <input type="checkbox"/> 毎日起こるが持続的でない (2点) <input type="checkbox"/> 常にある (3点)
眼瞼下垂	<input type="checkbox"/> 正常 (0点) <input type="checkbox"/> あるが毎日ではない (1点) <input type="checkbox"/> 毎日起こるが持続的でない (2点) <input type="checkbox"/> 常にある (3点)
合計	<input type="text"/> <input type="text"/> 点 (0~24)

■ 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"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 軽度介助 <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"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 軽度介助 <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	印 ※自筆または押印のこと											
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

- ・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ます。）
- ・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。
- ・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。