

## 013 多発性硬化症／視神経脊髄炎

## ■ 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	*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

診断

<input type="checkbox"/> 1. 多発性硬化症	<input type="checkbox"/> 2. 視神経脊髄炎 (NMOSD)	<input type="checkbox"/> 3. Baló 病 (バロー同心円硬化症)
多発性硬化症の疾患分類	<input type="checkbox"/> 1. 再発寛解型 MS	<input type="checkbox"/> 2. 一次性進行型 MS <input type="checkbox"/> 3. 二次性進行型 MS

A. 臨床所見

神経学的診察の実施日	<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	
脳神経			
視力障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	部位	<input type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左 <input type="checkbox"/> 3. 両側	
複視	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	構音障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
嚥下障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	難治性吃逆	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし

反射			
腱反射亢進	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
	左右差	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	
病的反射	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
	左右差	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	
運動系			
運動麻痺	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	全身けいれん	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
有痛性強直性攣縮	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
自律神経系			
膀胱直腸障害	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
歩行、姿勢、協調運動			
小脳（性運動）失調	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
	左右差	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	
感覚			
感覚鈍麻	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
	左右差	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	
認知機能			
精神症状	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		

**B. 検査所見** \*小数点も1文字として記入する

血清 AQP4 抗体	<input type="checkbox"/> 1.陽性 <input type="checkbox"/> 2.陰性 <input type="checkbox"/> 3.未実施		
	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 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
画像所見（以下の領域に T2 病変が 1 個以上ある）			
脳 MRI 検査実施	<input type="checkbox"/> 1.実施 <input type="checkbox"/> 2.未実施		
	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 <input type="text"/> <input type="text"/> 日

大脳病巣	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	個数	<input type="checkbox"/> 1. 9 個以上 <input type="checkbox"/> 2. 4~8 個 <input type="checkbox"/> 3. 3 個以下
	側脳室周囲病巣	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	径 3cm 以上の病巣	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	皮質直下病巣	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	病巣の大きさ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
	ガドリニウム造影効果	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
小脳病巣	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	ガドリニウム造影効果	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
脳幹病巣	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	ガドリニウム造影効果	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
視神経病巣	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	部位	<input type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左 <input type="checkbox"/> 3. 両側
	ガドリニウム造影効果	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
脊髄 MRI 検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	T2 病変	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 個
	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 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
脊髄病巣	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
3 椎体を越える病変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
同心円状病巣	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	

脳脊髄液所見	
検査実施	<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
細胞数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 個/ $\mu$ L      IgG index <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
タンパク量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
オリゴクローナル IgG バンド	<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
	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性
	検査機関
視覚誘発電位異常	
VEP	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	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 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	異常所見 <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	部位 <input type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左 <input type="checkbox"/> 3. 両側

**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. 腫瘍 <input type="checkbox"/> 2. 梅毒 <input type="checkbox"/> 3. 脳血管障害	
<input type="checkbox"/> 4. 頸椎症性ミエロパチー <input type="checkbox"/> 5. 急性散在性脳脊髄炎（ADEM） <input type="checkbox"/> 6. 脊髄空洞症	
<input type="checkbox"/> 7. 脊髄小脳変性症 <input type="checkbox"/> 8. HTLV-1 関連脊髄症（HAM） <input type="checkbox"/> 9. 膠原病	
<input type="checkbox"/> 10. シェーグレン症候群 <input type="checkbox"/> 11. 神経ベーチェット <input type="checkbox"/> 12. 神経サルコイドーシス	
<input type="checkbox"/> 13. ミトコンドリア脳筋症 <input type="checkbox"/> 14. 進行性多巣性白質脳症	

<診断のカテゴリー>

再発寛解型MS：以下の2つのいずれかを満たす

- 1. 中枢神経内の炎症性脱髄に起因すると考えられる臨床的発作が2回以上あり、かつ客観的臨床的証拠がある2個以上の病変を有する。
- 2. 中枢神経内の炎症性脱髄に起因すると考えられ、客観的臨床的証拠のある臨床的発作が少なくとも1回あり、さらに中枢神経病変の時間的空間的な多発が臨床症候、あるいはMRI所見により証明される。

一次性進行型MS：1年間の病状の進行（過去あるいは前向きを観察で判断する）、及び以下の3つの基準のうち2つ以上を満たす

- 1. 脳に空間的多発の証拠がある  
（脳室周囲、皮質直下、あるいはテント下に1個以上のT2病変がある）
- 2. 脊髄に空間的多発の証拠がある（脊髄に2個以上のT2病変がある）
- 3. 髄液の異常所見（オリゴクローナルバンド及びあるいはIgGインデックスの上昇）

二次性進行型MS：再発寛解型としてある期間経過した後、明らかな再発がないにもかかわらず病状が徐々に進行する

狭義の視神経脊髄炎（NMOSD）：以下の1～3の全てを満たす

- 1. 視神経炎
- 2. 急性脊髄炎
- 3. 以下の3つの支持基準のうち少なくとも2つを満たす
  - a. 3椎体以上に及ぶ連続的な脊髄MRI病変
  - b. MSのための脳MRIの基準  
（Patyの基準（4個以上の病変、あるいは3個の病変がありそのうち1個は脳室周囲にある））を満たさない
  - c. 抗AQP4抗体陽性

視神経脊髄炎（NMOSD）：抗AQP4抗体陽性で急性炎症性中枢性病変をとめない、他の疾患が除外できる

Baló病（バロー同心円硬化症）：病理またはMRIにて同心円状病巣が確認できる

上記の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

初発症状 (新規)	
視力障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	部位 <input type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左 <input type="checkbox"/> 3. 両側
複視	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
構音障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
膀胱直腸障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
感覚障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
四肢麻痺	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
小脳性運動失調	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
歩行障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
初発症状	
経過	
経過の状態	<input type="checkbox"/> 1. 単相性 <input type="checkbox"/> 2. 多相性 <input type="checkbox"/> 3. 慢性進行性
	臨床的再発 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回
	慢性進行性    西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月頃から
誘因	<input type="checkbox"/> 1. 過労 <input type="checkbox"/> 2. 外傷 <input type="checkbox"/> 3. 手術 <input type="checkbox"/> 4. 婚姻 <input type="checkbox"/> 5. ワクチン
	<input type="checkbox"/> 6. 出産 <input type="checkbox"/> 7. 感染症 <input type="checkbox"/> 8. その他
	その他の内容

身体障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	等級	<input type="text"/> 級
	取得年月	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月

■ 治療その他

過去1年以内の インターフェロンβの有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	ありの場合	回数 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回/過去1年以内	
	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1年以内の フィンゴリモドの有無	<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	
過去1年以内の ナタリズマブの有無	<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	
過去1年以内の グラチラマー酢酸塩の有無	<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	
過去1年以内の パルス療法の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	ありの場合	回数 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回/過去1年以内	
	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1年以内の 副腎皮質ステロイド投与の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	ありの場合	種類	
		最大投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg
		最大投与量単位	<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1年以内の 免疫抑制剤治療の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	ありの場合	種類	
		<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
		最大投与量 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg	
	最大投与量単位 <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1年以内の 血液浄化療法の有無	<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	
その他の薬剤			
薬剤1 (過去1年以内)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	薬剤名		
	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		
	投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg	
	投与量単位	<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	
薬剤2 (過去1年以内)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	薬剤名		
	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		
	投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg	
	投与量単位	<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	

■ 重症度分類に関する事項

臨床症候からみた病巣	
部位	<input type="checkbox"/> 1. 大脳 <input type="checkbox"/> 2. 小脳 <input type="checkbox"/> 3. 脳幹 <input type="checkbox"/> 4. 脊髄 <input type="checkbox"/> 5. 視神経 <input type="checkbox"/> 6. 末梢神経
	視神経の部位 <input type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左 <input type="checkbox"/> 3. 両側
EDSS	
グレード	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1.0 <input type="checkbox"/> 1.5 <input type="checkbox"/> 2.0 <input type="checkbox"/> 2.5 <input type="checkbox"/> 3.0 <input type="checkbox"/> 3.5 <input type="checkbox"/> 4.0 <input type="checkbox"/> 4.5 <input type="checkbox"/> 5.0 <input type="checkbox"/> 5.5 <input type="checkbox"/> 6.0 <input type="checkbox"/> 6.5 <input type="checkbox"/> 7.0 <input type="checkbox"/> 7.5 <input type="checkbox"/> 8.0 <input type="checkbox"/> 8.5 <input type="checkbox"/> 9.0 <input type="checkbox"/> 9.5 <input type="checkbox"/> 10.0
運動機能	<input type="checkbox"/> 1. 500m 以上 <input type="checkbox"/> 2. 500m 以下 <input type="checkbox"/> 3. 300m 以下 <input type="checkbox"/> 4. 200m 以下 <input type="checkbox"/> 5. 100m 以下 <input type="checkbox"/> 6. 補助具必要 (片側 100m) <input type="checkbox"/> 7. 補助具必要 (両側 100m) <input type="checkbox"/> 8. 車椅子生活 (一人で乗降可) <input type="checkbox"/> 9. 車椅子生活 (助け必要なときあり) <input type="checkbox"/> 10. ベッド生活 (一日の大半ベッド外) <input type="checkbox"/> 11. ベッド生活 (一日の大半ベッド内) <input type="checkbox"/> 12. ベッド寝たきり (意思伝達・飲食可) <input type="checkbox"/> 13. ベッド寝たきり (意思伝達・飲食不可) <input type="checkbox"/> 14. 死亡
神経学的所見	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. ごく軽い徴候 <input type="checkbox"/> 3. 軽度障害 <input type="checkbox"/> 4. 中等度障害 <input type="checkbox"/> 5. 比較的高度障害 <input type="checkbox"/> 6. 高度障害
終日の十分な活動	<input type="checkbox"/> 1. 自分で出来る <input type="checkbox"/> 2. 出来るが最小限の補助が必要 <input type="checkbox"/> 3. 出来るが特別な設備が必要 <input type="checkbox"/> 4. 出来ない
視覚の重症度分類	
視力・視野	<input type="checkbox"/> 0度 障害なし <input type="checkbox"/> I度 矯正視力 0.7 以上かつ視野狭窄なし <input type="checkbox"/> II度 矯正視力 0.7 以上、視野狭窄あり <input type="checkbox"/> III度 矯正視力 0.7 未満、0.2 以上 <input type="checkbox"/> IV度 矯正視力 0.2 未満

■ 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	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。
- 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。