

089 リンパ脈管筋腫症

■ 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	*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

初発症候（新規）	<input type="checkbox"/> 1. 労作時息切れ <input type="checkbox"/> 2. 気胸 <input type="checkbox"/> 3. 無症状での胸部異常陰影 <input type="checkbox"/> 4. その他の症候 *4を選択の場合、以下に記入

これまでに見られた自覚症状（更新時は最近1年間の自覚症状）			
<input type="checkbox"/> 1. 咳	<input type="checkbox"/> 2. 痰	<input type="checkbox"/> 3. 労作時息切れ	<input type="checkbox"/> 4. 倦怠感（易疲労感）
<input type="checkbox"/> 5. 胸痛	<input type="checkbox"/> 6. 血痰	<input type="checkbox"/> 7. 喘鳴	
<input type="checkbox"/> 8. 腎血管筋脂肪腫に伴う症状			
<input type="checkbox"/> a. 腹痛または背部痛	<input type="checkbox"/> b. 血尿	<input type="checkbox"/> c. 腎機能障害	
<input type="checkbox"/> 9. 腹部リンパ脈管筋腫に伴う症状			
<input type="checkbox"/> a. 腹痛	<input type="checkbox"/> b. 腹部膨満感		
<input type="checkbox"/> 10. 下肢のリンパ浮腫	<input type="checkbox"/> 11. その他の症状 *11 を選択の場合、以下に記入		
息切れの重症度	修正 MRC	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

胸部 CT（更新時は最近1年以内のもの）		
検査の実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
検査年月	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月	
LAM に一致する多発性肺嚢胞	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
縦隔リンパ節腫大	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
胸水	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	胸水の種類	<input type="checkbox"/> 1. 乳糜である <input type="checkbox"/> 2. 乳糜でない <input type="checkbox"/> 3. 穿刺検査未実施
その他の所見	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	内容	

腹部画像検査（更新時は最近1年以内のもの）	
腹部超音波、CT、MRI のいずれか	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
検査年月	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
腎血管筋脂肪腫	<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
	腎血管筋脂肪腫の大きさ（最大径） <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
	5mm以上の動脈瘤 <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	出血 <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
腎臓以外の血管筋脂肪腫	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	部位 <input type="checkbox"/> 1. 肺 <input type="checkbox"/> 2. 肝臓 <input type="checkbox"/> 3. その他の部位 *3を選択の場合、以下に記入
	<input type="text"/>
腹部リンパ管筋腫	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	部位 <input type="checkbox"/> 1. 後腹膜腔 <input type="checkbox"/> 2. 骨盤腔
腹水	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	腹水の種類 <input type="checkbox"/> 1. 乳糜である <input type="checkbox"/> 2. 乳糜でない <input type="checkbox"/> 3. 穿刺検査未実施
病理組織診断および免疫染色所見	
検査の実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
生検部位	<input type="checkbox"/> 1. 肺 <input type="checkbox"/> 2. 体軸リンパ節 <input type="checkbox"/> 3. その他の部位 *3を選択の場合、以下に記入
	<input type="text"/>

HE 染色	リンパ脈管筋腫症の診断	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
α -SMA	<input type="checkbox"/> 1. 陰性	<input type="checkbox"/> 2. 陽性	<input type="checkbox"/> 3. 未実施
HMB45	<input type="checkbox"/> 1. 陰性	<input type="checkbox"/> 2. 陽性	<input type="checkbox"/> 3. 未実施
ER (estrogen receptor)	<input type="checkbox"/> 1. 陰性	<input type="checkbox"/> 2. 陽性	<input type="checkbox"/> 3. 未実施
PR (progesterone receptor)	<input type="checkbox"/> 1. 陰性	<input type="checkbox"/> 2. 陽性	<input type="checkbox"/> 3. 未実施
細胞診診断 (LAM 細胞クラスターの証明・免疫染色所見)			
検査の実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施		
	種類	<input type="checkbox"/> 1. 胸水 <input type="checkbox"/> 2. 腹水	
LAM 細胞クラスター	<input type="checkbox"/> 1. 陰性	<input type="checkbox"/> 2. 陽性	
α -SMA	<input type="checkbox"/> 1. 陰性	<input type="checkbox"/> 2. 陽性	<input type="checkbox"/> 3. 未実施
HMB45	<input type="checkbox"/> 1. 陰性	<input type="checkbox"/> 2. 陽性	<input type="checkbox"/> 3. 未実施
ER (estrogen receptor)	<input type="checkbox"/> 1. 陰性	<input type="checkbox"/> 2. 陽性	<input type="checkbox"/> 3. 未実施
PR (progesterone receptor)	<input type="checkbox"/> 1. 陰性	<input type="checkbox"/> 2. 陽性	<input type="checkbox"/> 3. 未実施
D2-40	<input type="checkbox"/> 1. 陰性	<input type="checkbox"/> 2. 陽性	<input type="checkbox"/> 3. 未実施
VEGFR-3	<input type="checkbox"/> 1. 陰性	<input type="checkbox"/> 2. 陽性	<input type="checkbox"/> 3. 未実施
呼吸機能検査 (更新時は最近 1 年以内のもの)			
検査の実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施		
検査年月	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月		
身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	体重	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
VC	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL	FVC	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL
FEV ₁	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL	%FEV ₁	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
DLco	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL/min/mmHg		
DLco/VA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL/min/mmHg/L		

6 分間歩行試験（更新時は最近 1 年以内のもの）	
検査の実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
検査年月	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
実施環境	<input type="checkbox"/> 1. 室内気吸入 <input type="checkbox"/> 2. 酸素吸入 *2 を選択の場合、以下に記入
	O ₂ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L/min
歩行距離	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m
lowest SpO ₂	<input type="text"/> <input type="text"/> %
動脈血液ガス検査（更新時は最近 1 年以内のもの）	
検査の実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
検査年月	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
実施環境	<input type="checkbox"/> 1. 室内気吸入 <input type="checkbox"/> 2. 酸素吸入 *2 を選択の場合、以下に記入
	O ₂ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> L/min
pH	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PaO ₂ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Torr
PaCO ₂	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Torr

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. ランゲルハンス細胞組織球症（LCH）	<input type="checkbox"/> 2. ブラ、ブレブ
<input type="checkbox"/> 3. 慢性閉塞性肺疾患（COPD）	<input type="checkbox"/> 4. シェーグレン症候群に伴う肺病変
<input type="checkbox"/> 5. アミロイドーシス（嚢胞性肺病変を呈する場合）	<input type="checkbox"/> 6. 空洞形成性転移性肺腫瘍
<input type="checkbox"/> 7. バート・ホッグ・デューベ（Birt-Hogg-Dubé）症候群	<input type="checkbox"/> 8. リンパ球性間質性肺炎（LIP）
<input type="checkbox"/> 9. Light-chain deposition disease	

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> 診断確実例：必須項目（LAM に一致する胸部 CT 所見があり、かつ他の嚢胞性肺疾患を除外できる）、かつ病理診断確実例（HE 染色+ α -SMA (+) +HMB45 (+))	
<input type="checkbox"/> 診断ほぼ確実例 1（組織診断例）：必須項目かつ病理診断ほぼ確実例（HE 染色+ α -SMA (+) +HMB45 (-) かつ、ER または PR のいずれか一つでも (+) の場合)	
<input type="checkbox"/> 診断ほぼ確実例 2（細胞診診断例）：必須項目かつ乳糜胸腹水中に LAM 細胞クラスターを認める	
<input type="checkbox"/> 臨床診断例 1：必須項目かつ LAM を示唆する他の臨床所見	
<input type="checkbox"/> 臨床診断例 2：必須項目のみ	
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない	
臨床診断例の場合：主治医意見 *250 文字以内かつ 7 行以内	
病型	<input type="checkbox"/> 1. 孤発性 LAM (sporadic LAM) <input type="checkbox"/> 2. 結節性硬化症に合併した LAM (TSC-LAM)

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

--

■ 生活歴

喫煙	<input type="checkbox"/> 1. 現在喫煙 <input type="checkbox"/> 2. 過去に喫煙したがやめた <input type="checkbox"/> 3. なし								
	本数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	本/日	年数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年
月経・出産歴（更新時は最近1年間の状況）									
閉経	<input type="checkbox"/> 1. あり（ホルモン療法中含む） <input type="checkbox"/> 2. なし								
妊娠	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし								
	回数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	回					
出産歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし								
	回数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	回					
	周産期の気胸の合併			<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし					
				回数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	回		
現在の生活状況	<input type="checkbox"/> 1. 就労 <input type="checkbox"/> 2. 就学 <input type="checkbox"/> 3. 家事労働 <input type="checkbox"/> 4. 在宅療養								
	<input type="checkbox"/> 5. 入院 <input type="checkbox"/> 6. 入所 <input type="checkbox"/> 7. その他の状況 *7を選択の場合、以下に記入								

■ 治療その他

これまでに行われたLAMの治療（更新時は最近1年以内のもの）										
mTOR 阻害薬 (※腎血管筋脂肪腫等に 対する治療も含む)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし									
	薬品名									
	用量									
	治療開始	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月
	<input type="checkbox"/> 1. 現在治療中 <input type="checkbox"/> 2. 治療終了 *2を選択の場合、以下に記入									
	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	

ホルモン治療	薬剤投与	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	種類	<input type="checkbox"/> 1. GnRH アゴニスト <input type="checkbox"/> 2. プロゲステロン <input type="checkbox"/> 3. その他 *3 を選択の場合、以下に記入		
	薬品名			
	用量			
	治療開始	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	<input type="checkbox"/> 1. 現在治療中 <input type="checkbox"/> 2. 治療終了 *2 を選択の場合、以下に記入			
	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"/>
	外科的卵巣 摘出術	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
		実施年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
これまでに行われた気管支拡張療法（更新時は最近1年以内のもの）				
治療有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
気管支拡張薬の種類	<input type="checkbox"/> 1. キサンチン製剤 <input type="checkbox"/> 2. 抗コリン薬 <input type="checkbox"/> a. 長時間作用型吸入 <input type="checkbox"/> b. 短時間作用型吸入 <input type="checkbox"/> 3. β 刺激薬 <input type="checkbox"/> a. 長時間作用型吸入 <input type="checkbox"/> b. 短時間作用型吸入 <input type="checkbox"/> c. 貼付 β 刺激薬 <input type="checkbox"/> d. 経口 β 刺激薬			
治療期間	治療開始	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	<input type="checkbox"/> 1. 現在治療中 <input type="checkbox"/> 2. 治療終了 *2 を選択の場合、以下に記入			
	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"/>

これまでに行われた気胸治療（更新時は最近1年以内のもの）		
気胸の発症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	右の回数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回
	左の回数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回
胸膜癒着術	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	部位	<input type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左
外科手術	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	部位	<input type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左
全肺胸膜 カバリング術	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	部位	<input type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左
これまでに行われた腎血管筋脂肪腫の治療（更新時は最近1年以内のもの）		
選択的動脈塞栓術	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	<input type="checkbox"/> 1. 右腎 <input type="checkbox"/> 2. 左腎	
腎切除術	腎部分切除術	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
		<input type="checkbox"/> 1. 右腎 <input type="checkbox"/> 2. 左腎
	腎摘出術	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
		<input type="checkbox"/> 1. 右腎 <input type="checkbox"/> 2. 左腎

これまでに行われた乳び胸水・腹水・リンパ浮腫に対する治療（更新時は最近1年以内のもの）	
<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
治療対象	<input type="checkbox"/> 1. 乳び胸水 <input type="checkbox"/> 2. 乳び腹水 <input type="checkbox"/> 3. リンパ浮腫
治療の種類	<input type="checkbox"/> 1. 脂肪制限食 <input type="checkbox"/> 2. 理学療法 <input type="checkbox"/> 3. 胸腔ドレナージ <input type="checkbox"/> 4. その他の治療 *4を選択の場合、以下に記入
治療によるコントロールの状況	<input type="checkbox"/> 1. 改善または安定した状態が得られている <input type="checkbox"/> 2. 治療によっても増悪がみられる
在宅酸素療法	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
肺移植（更新時は最近1年以内のもの）	
脳死肺移植登録（待機中）	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	登録年月 西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
肺移植術	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	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
種類	<input type="checkbox"/> 1. 脳死肺移植 <input type="checkbox"/> a. 右片肺移植 <input type="checkbox"/> b. 左片肺移植 <input type="checkbox"/> c. 両肺移植 <input type="checkbox"/> d. 心肺同時移植 <input type="checkbox"/> 2. 生体肺移植
その他の治療	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	内容

■ 重症度分類に関する事項

重症度分類	<input type="checkbox"/> 1. I <input type="checkbox"/> 2. II <input type="checkbox"/> 3. III <input type="checkbox"/> 4. IV
-------	---

■ 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。