

22 後縦靭帯骨化症 臨床調査個人票

(1. 新規)

ふりがな 氏名	性別		1. 男 2. 女	生 年 月 日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成	年 月 日 生 (満 歳)
住 所	郵便番号		電話 ( )		出 生 都 道 府 県	発病時在住 都 道 府 県
発 病 年 月	1. 昭和 2. 平成	年 月 (満 歳)	初診年月日	1. 昭和 2. 平成	年 月 日	保 険 種 別
身体障害者 手 帳	1. あり (等級____級) 2. なし		介 護 認 定	1. 要介護 (要介護度____) 2. 要支援 3. なし		
生 活 状 況	社会活動 (1. 就労 2. 就学 3. 家事労働 4. 在宅療養 5. 入院 6. 入所 7. その他 (____)) 日常生活 (1. 正常 2. やや不自由であるが独力で可能 3. 制限があり部分介助 4. 全面介助)					
家 族 歴	1. あり 2. なし 3. 不明		受 診 状 況	1. 主に入院 2. 入院と通院半々 3. 主に通院 (____/月) ありの場合 (続柄) (最近 6 か月) 4. 往診あり 5. 入通院なし 6. その他 (____)		

発症と経過 (具体的に記述)

【WISH 入力不要】

症状及び所見

機能評価 (参考1) 及び生活機能障害度 (参考2) について、下記を参考に該当番号に○をつけること。

現時点 (平成 年 月)

1. 機能評価

- I 上肢運動機能 (0, 1, 2, 3, 4)
- II 下肢運動機能 (0, 1, 2, 3, 4)
- III 知覚
  - 上肢 (0, 1, 2)
  - 下肢 (0, 1, 2)
  - 躯幹 (0, 1, 2)
- IV 膀胱 (0, 1, 2, 3)

2. 生活機能障害度 (1, 2, 3)

(参考1) 機 能 評 価

<p><b>I 上肢運動機能</b></p> <p>0. 箸又はスプーンのいずれを用いても自力では食事をすることができない。</p> <p>1. スプーンを用いて自力で食事ができるが、箸ではできない。</p> <p>2. 不自由ではあるが、箸を用いて食事ができる。</p> <p>3. 箸を用いて日常食事をしているが、ぎこちない。</p> <p>4. 正常</p> <p>注1 きき手でない側については、ひもむすび、ボタンかけなどを参考とする</p> <p>注2 スプーンは市販品を指し、固定用バンド、特殊なグリップなどを使用しない場合をいう。</p> <p><b>II 下肢運動機能</b></p> <p>0. 歩行できない。</p> <p>1. 平地でも杖又は支持を必要とする。</p> <p>2. 平地では杖又は支持を必要としないが、階段ではこれらを要する。</p> <p>3. 平地・階段ともに杖又は支持を必要としないが、ぎこちない。</p> <p>4. 正常</p> <p>注1 平地とは、室内又はよく舗装された平坦な道路を指す。</p> <p>注2 支持とは、人による介助、手すり、つかまり歩行の支えなどをいう。</p>	<p><b>III 知覚</b></p> <p>A. 上肢</p> <p>0. 明白な知覚障害がある。</p> <p>1. 軽度の知覚障害又はしびれ感がある。</p> <p>2. 正常</p> <p>B. 下肢</p> <p>0. 明白な知覚障害がある。</p> <p>1. 軽度の知覚障害又はしびれ感がある。</p> <p>2. 正常</p> <p>C. 躯幹</p> <p>0. 明白な知覚障害がある。</p> <p>1. 軽度の知覚障害又はしびれ感がある。</p> <p>2. 正常</p> <p>注1 明白な知覚障害とは、知覚 (触覚、痛覚、温度覚、振動覚、位置覚など) のいずれかの完全脱失又はこれに近いものを指し、検査手技の多少の異同によらず確実に検出できる程度のものをいう。</p> <p>注2 耐え難いほどの異常知覚又は疼痛は0とする。</p> <p><b>IV 膀胱</b></p> <p>0. 尿閉</p> <p>1. 高度の排尿困難 (残尿感、努嘔、淋瀝)</p> <p>2. 軽度の排尿困難 (頻尿、開始遅延)</p> <p>3. 正常</p> <p>注1 尿線に勢いがなく、又は排尿時間の延長はあるが、1に該当しないものは2とする。</p> <p>注2 尿路疾患による排尿障害を除外する。</p>
--	---

(参考2) 生 活 機 能 障 害 度

- 1. I 日常生活, 通院にほとんど介助を要しない。
- 2. II 日常生活, 通院に部分介助を要する。
- 3. III 日常生活に全面的な介助を要し, 独力では歩行起立不能。

画像所見

単純X線写真による脊柱靭帯骨化巣（後縦靭帯骨化又は黄色靭帯骨化）の証明（平成 年 月 日）

頸椎 1.あり 2.なし 3.未撮影（認められた靭帯骨化；1.後縦靭帯 2.黄色靭帯）  
 胸椎 1.あり 2.なし 3.未撮影（認められた靭帯骨化；1.後縦靭帯 2.黄色靭帯）  
 腰椎 1.あり 2.なし 3.未撮影（認められた靭帯骨化；1.後縦靭帯 2.黄色靭帯）

MR Iによる硬膜管狭小又は髄内信号変化の証明（平成 年 月 日）

頸椎 1.あり 2.なし 3.未撮影（認められた靭帯骨化；1.後縦靭帯 2.黄色靭帯）  
 胸椎 1.あり 2.なし 3.未撮影（認められた靭帯骨化；1.後縦靭帯 2.黄色靭帯）  
 腰椎 1.あり 2.なし 3.未撮影（認められた靭帯骨化；1.後縦靭帯 2.黄色靭帯）

CTによる靭帯骨化の証明（平成 年 月 日）

頸椎 1.あり 2.なし 3.未撮影（認められた靭帯骨化；1.後縦靭帯 2.黄色靭帯）  
 胸椎 1.あり 2.なし 3.未撮影（認められた靭帯骨化；1.後縦靭帯 2.黄色靭帯）  
 腰椎 1.あり 2.なし 3.未撮影（認められた靭帯骨化；1.後縦靭帯 2.黄色靭帯）

手術

1.手術済み 2.手術予定 3.手術なし

今まで実施した手術、又は今後予定している手術についてその内容を下記に記載のこと。

①	1. 過去手術 2. 今後手術	昭和・平成 年 月	1. 頸椎前方 2. 頸椎後方 3. 胸椎前方 4. 胸椎後方 5. 腰椎前方 6. 腰椎後方
②	1. 過去手術 2. 今後手術	昭和・平成 年 月	1. 頸椎前方 2. 頸椎後方 3. 胸椎前方 4. 胸椎後方 5. 腰椎前方 6. 腰椎後方
③	1. 過去手術 2. 今後手術	昭和・平成 年 月	1. 頸椎前方 2. 頸椎後方 3. 胸椎前方 4. 胸椎後方 5. 腰椎前方 6. 腰椎後方
④	1. 過去手術 2. 今後手術	昭和・平成 年 月	1. 頸椎前方 2. 頸椎後方 3. 胸椎前方 4. 胸椎後方 5. 腰椎前方 6. 腰椎後方
⑤	1. 過去手術 2. 今後手術	昭和・平成 年 月	1. 頸椎前方 2. 頸椎後方 3. 胸椎前方 4. 胸椎後方 5. 腰椎前方 6. 腰椎後方

医療上の問題点

【WISH入力不要】

医療機関名

医療機関所在地

電話番号 ( )

医師の氏名



記載年月日：平成 年 月 日

（軽快者の症状が悪化した場合のみ記載）

症状が悪化したことを医師が確認した年月日 平成 年 月 日

特定疾患登録者証交付年月日 平成 年 月 日

22 後縦靭帯骨化症 臨床調査個人票

(2. 更新)

ふりがな			性別	1. 男 2. 女	生 年 月 日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成	年 月 日 生 (満 歳)
氏 名							
住 所	郵便番号		電話 ( )		出 生 都 道 府 県	発病時在住 都 道 府 県	
発 病 年 月	1. 昭和 年 月 (満 歳) 2. 平成		初診年月日	1. 昭和 年 月 日 2. 平成		保 険 種 別	1. 政 2. 組 3. 船 4. 共 5. 国 6. 老
身体障害者 手 帳	1. あり (等級 _____ 級) 2. なし		介 護 認 定	1. 要介護 (要介護度 _____) 2. 要支援 3. なし			
生 活 状 況	社会活動 (1. 就労 2. 就学 3. 家事労働 4. 在宅療養 5. 入院 6. 入所 7. その他 (____))						初回認定年月
	日常生活 (1. 正常 2. やや不自由であるが独力で可能 3. 制限があり部分介助 4. 全面介助)						1. 昭和 年 月 2. 平成
受 診 状 況 (最近 1 年)	1. 主に入院 2. 入院と通院半々 3. 主に通院 (____/月) 4. 往診あり 5. 入通院なし 6. その他( )						

治療と経過 (前回申請からの変化を中心に具体的に記述)

【WISH 入力不要】

症状及び所見

機能評価 (参考 1) 及び生活機能障害度 (参考 2) について、下記を参考に該当番号に○をつけること。

現時点 (平成 年 月)	初回申請時又は治療前 (昭和・平成 年 月)
1. 機能評価	1. 機能評価
I 上肢運動機能 (0, 1, 2, 3, 4)	I 上肢運動機能 (0, 1, 2, 3, 4)
II 下肢運動機能 (0, 1, 2, 3, 4)	II 下肢運動機能 (0, 1, 2, 3, 4)
III 知覚 上肢 (0, 1, 2)	III 知覚 上肢 (0, 1, 2)
下肢 (0, 1, 2)	下肢 (0, 1, 2)
軀幹 (0, 1, 2)	軀幹 (0, 1, 2)
IV 膀胱 (0, 1, 2, 3)	IV 膀胱 (0, 1, 2, 3)
2. 生活機能障害度 (1, 2, 3)	2. 生活機能障害度 (1, 2, 3)

(参考 1) 機 能 評 価

I 上肢運動機能

0. 箸又はスプーンのいずれを用いても自力では食事をすることができない。
1. スプーンを用いて自力で食事ができるが、箸ではできない。
2. 不自由ではあるが、箸を用いて食事ができる。
3. 箸を用いて日常食事をしているが、ぎこちない。
4. 正常

注1 きき手でない側については、ひもむすび、ボタンかけなどを参考とする

注2 スプーンは市販品を指し、固定用バンド、特殊なグリップなどを使用しない場合をいう。

II 下肢運動機能

0. 歩行できない。
1. 平地でも杖又は支持を必要とする。
2. 平地では杖又は支持を必要としないが、階段ではこれらを要する。
3. 平地・階段ともに杖又は支持を必要としないが、ぎこちない。
4. 正常

注1 平地とは、室内又はよく舗装された平坦な道路を指す。

注2 支持とは、人による介助、手すり、つかまり歩行の支えなどをいう。

III 知覚

- A. 上肢 0. 明白な知覚障害がある。
1. 軽度の知覚障害又はしびれ感がある。
2. 正常
- B. 下肢 0. 明白な知覚障害がある。
1. 軽度の知覚障害又はしびれ感がある。
2. 正常
- C. 軀幹 0. 明白な知覚障害がある。
1. 軽度の知覚障害又はしびれ感がある。
2. 正常

注1 明白な知覚障害とは、知覚 (触覚、痛覚、温度覚、振動覚、位置覚など) のいずれかの完全脱失又はこれに近いものを指し、検査手技の多少の異同によらず確実に検出できる程度のものをいう。

注2 耐え難いほどの異常知覚又は疼痛は0とする。

IV 膀胱

0. 尿閉
1. 高度の排尿困難 (残尿感、努嘔、淋瀝)
2. 軽度の排尿困難 (頻尿、開始遅延)
3. 正常

注1 尿線に勢いがなく、又は排尿時間の延長はあるが、1に該当しないものは2とする。

注2 尿路疾患による排尿障害を除外する。

(参考 2) 生 活 機 能 障 害 度

1. I 日常生活、通院にほとんど介助を要しない。
2. II 日常生活、通院に部分介助を要する。
3. III 日常生活に全面的な介助を要し、独力では歩行起立不能。

画像所見

単純X線写真による脊柱靭帯骨化巣（後縦靭帯骨化又は黄色靭帯骨化）の証明（平成 年 月 日）

頸椎 1. あり 2. なし 3. 未撮影 (認められた靭帯骨化；1. 後縦靭帯 2. 黄色靭帯)  
 胸椎 1. あり 2. なし 3. 未撮影 (認められた靭帯骨化；1. 後縦靭帯 2. 黄色靭帯)  
 腰椎 1. あり 2. なし 3. 未撮影 (認められた靭帯骨化；1. 後縦靭帯 2. 黄色靭帯)

MR Iによる硬膜管狭小又は髄内信号変化の証明（平成 年 月 日）

頸椎 1. あり 2. なし 3. 未撮影 (認められた靭帯骨化；1. 後縦靭帯 2. 黄色靭帯)  
 胸椎 1. あり 2. なし 3. 未撮影 (認められた靭帯骨化；1. 後縦靭帯 2. 黄色靭帯)  
 腰椎 1. あり 2. なし 3. 未撮影 (認められた靭帯骨化；1. 後縦靭帯 2. 黄色靭帯)

CTによる靭帯骨化の証明（平成 年 月 日）

頸椎 1. あり 2. なし 3. 未撮影 (認められた靭帯骨化；1. 後縦靭帯 2. 黄色靭帯)  
 胸椎 1. あり 2. なし 3. 未撮影 (認められた靭帯骨化；1. 後縦靭帯 2. 黄色靭帯)  
 腰椎 1. あり 2. なし 3. 未撮影 (認められた靭帯骨化；1. 後縦靭帯 2. 黄色靭帯)

手術

1. 手術済み 2. 手術予定 3. 手術なし

今まで実施した手術、又は今後予定している手術についてその内容を下記に記載のこと。

①	1. 過去手術 2. 今後手術	昭和・平成 年 月	1. 頸椎前方 2. 頸椎後方 3. 胸椎前方 4. 胸椎後方 5. 腰椎前方 6. 腰椎後方
②	1. 過去手術 2. 今後手術	昭和・平成 年 月	1. 頸椎前方 2. 頸椎後方 3. 胸椎前方 4. 胸椎後方 5. 腰椎前方 6. 腰椎後方
③	1. 過去手術 2. 今後手術	昭和・平成 年 月	1. 頸椎前方 2. 頸椎後方 3. 胸椎前方 4. 胸椎後方 5. 腰椎前方 6. 腰椎後方
④	1. 過去手術 2. 今後手術	昭和・平成 年 月	1. 頸椎前方 2. 頸椎後方 3. 胸椎前方 4. 胸椎後方 5. 腰椎前方 6. 腰椎後方
⑤	1. 過去手術 2. 今後手術	昭和・平成 年 月	1. 頸椎前方 2. 頸椎後方 3. 胸椎前方 4. 胸椎後方 5. 腰椎前方 6. 腰椎後方

医療上の問題点

【WISH入力不要】

医療機関名

医療機関所在地

電話番号 ( )

医師の氏名

印

記載年月日：平成 年 月 日