

49 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 臨床調査個人票 (1.新規)

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 (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 年月日	1. 昭和 年 月 日 2. 平成 (満 歳)	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. 高	
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)						
受診状況 (最近6ヶ月)	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 ()						
A. 病型	1. 運動優位型ニューロパチー 2. 感覚優位型ニューロパチー 3. 多巣性運動ニューロパチー						
B. 発症と経過	進行形式 1. 再発寛解性 (初発を 0 回として、今回の再発回数 ____ 回) 2. 慢性進行性 発症から症状のピークまでの期間 1. 2ヶ月以内 2. 2-6ヶ月 3. 6-12ヶ月 4. 12ヶ月以上 (慢性進行性を含む) (以下に具体的な経過を記入してください)						
C. 神経学的 所見 年 月 現在	筋力低下	1. 無	2. 有	(右上肢、右下肢、左上肢、左下肢、脳神経領域)			
	筋萎縮	1. 無	2. 有	(右上肢、右下肢、左上肢、左下肢)			
	感覚鈍麻・消失	1. 無	2. 有	(右上肢、右下肢、左上肢、左下肢、脳神経領域)			
	異常感覚	1. 無	2. 有	(右上肢、右下肢、左上肢、左下肢、脳神経領域)			
	疼痛性感覚障害	1. 無	2. 有	(右上肢、右下肢、左上肢、左下肢、脳神経領域)			
	腱反射低下・消失	1. 無	2. 有	(右上肢、右下肢、左上肢、左下肢)			
	感覚性運動失調	1. 無	2. 有	(右上肢、右下肢、左上肢、左下肢、体幹)			
	自律神経症状	1. 無	2. 有	(発汗異常、瞳孔異常、排尿・排便障害、その他 ())			
	呼吸障害	1. 無	2. 有	(NIPPV、気管切開、TPPV、その他 ())			
D. 最重症時の 運動機能	以下の行為の可否を確認し、0 - 5段階ではまるものを一つ選択してください。						
	項目						可 否
	・髪をとく、または洗髪						可 不可
	・ナイフとフォーク、スプーンの使用						可 不可
	・硬貨をつまむ						可 不可
	・ボタンやジッパーの使用						可 不可
上肢	0. 正常 (上肢運動に支障なし) 1. 片側または両側の障害は、上記の行為に影響しない 2. 片側または両側の障害は、上記の行為に影響するが、行為自体は可能 3. 片側または両側の障害により、上記のうち1つまたは2つの項目が不可能 4. 片側または両側の障害により、上記のうち3つまたはすべての項目が不可能 5. 目的のある自動運動は不可能						
下肢	0. 正常 (歩行に支障なし) 1. 障害はあるが、独歩で外出が可能 2. 外出には片側のサポート (杖、松葉杖、介助) が必要だが、歩行は可能 3. 外出には両側のサポート (杖、松葉杖、介助) が必要だが、歩行は可能 4. 外出には車いすを用いるが、介助があれば立位保持や数歩の歩行は可能 5. 移動は車いすに限定され、介助があっても立位保持や数歩の歩行は不可能						

E. 検査所見 (6ヶ月以内)	1. 血液生化学所見 平成____年__月__日		HbA1c _____ % CRP _____ mg/dl 単クローン(M)蛋白(免疫電気泳動)(1. あり 2. なし 3. 未検)																																			
	2. 髄液所見 平成____年__月__日		1. 検査あり(蛋白 _____ mg/dl 細胞数 _____ /mm ³) 2. 未検																																			
	3. MRI 神経根・馬尾造影所見 平成____年__月__日		1. 施行(A. 造影所見あり B. 造影所見なし) 2. 未検																																			
	4. 神経生検所見 平成____年__月__日		1. 施行(A. 周膜下浮腫 B. 節性脱髄 C. 有髄線維脱落 D. Onion-bulb) 2. 未検																																			
	5. 神経伝導検査 平成____年__月__日																																					
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:45%;"></th> <th style="width:10%;">伝導速度 (m/s)</th> <th style="width:10%;">遠位潜時 (ms)</th> <th style="width:10%;">振幅</th> <th style="width:10%;">伝導 ブロック</th> <th style="width:10%;">時間的 分散</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. 正中: median (左、右/運動)</td> <td></td> <td></td> <td>mV</td> <td>+</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>2. 尺骨: ulnar (左、右/運動)</td> <td></td> <td></td> <td>mV</td> <td>+</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>3. 脛骨: tibial (左、右/運動)</td> <td></td> <td></td> <td>mV</td> <td>+</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>4. 腓腹: sural (左、右/感覚)</td> <td></td> <td></td> <td>μV</td> <td style="text-align: center;">/</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. _____ (左、右/運動・感覚)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>+</td> <td>+</td> </tr> </tbody> </table>				伝導速度 (m/s)	遠位潜時 (ms)	振幅	伝導 ブロック	時間的 分散	1. 正中: median (左、右/運動)			mV	+	+	2. 尺骨: ulnar (左、右/運動)			mV	+	+	3. 脛骨: tibial (左、右/運動)			mV	+	+	4. 腓腹: sural (左、右/感覚)			μV	/		5. _____ (左、右/運動・感覚)				+
	伝導速度 (m/s)	遠位潜時 (ms)	振幅	伝導 ブロック	時間的 分散																																	
1. 正中: median (左、右/運動)			mV	+	+																																	
2. 尺骨: ulnar (左、右/運動)			mV	+	+																																	
3. 脛骨: tibial (左、右/運動)			mV	+	+																																	
4. 腓腹: sural (左、右/感覚)			μV	/																																		
5. _____ (左、右/運動・感覚)				+	+																																	
F. 鑑別診断	全身性疾患等による末梢神経障害 糖尿病(有・無) アミロイドーシス(有・無) 膠原病(有・無) 血管炎(有・無) 悪性腫瘍(有・無) 多発性骨髄腫(有・無) 中枢神経系脱髄疾患(有・無) HIV 感染症(有・無・未検) サルコイドーシス(有・無) 末梢神経障害を起こす薬物への曝露 (有・無・不明) 有の場合 薬剤名 _____ 末梢神経障害を起こす毒物への曝露 (有・無・不明) 有の場合 毒物名 _____ 末梢神経障害を起こす遺伝性疾患 (有・無・不明) 有の場合 続柄 _____ 疾患名 _____ その他の疾患による末梢神経障害 (鑑別できる ・ 鑑別できない)																																					
G. 治療	治療法	使用の有無	客観的な効果																																			
	1. 副腎皮質 ステロイド薬	1. 経口()mg/日 2. パルス 3. 未使用	1. 改善 2. 不変 3. 増悪 4. 不明																																			
	2. 免疫グロブリン 大量療法	1. 使用()クール 2. 未使用	1. 改善 2. 不変 3. 増悪 4. 不明																																			
	3. 血液浄化療法	1. 使用(A. 血漿交換 B. 免疫吸着) 2. 未使用	1. 改善 2. 不変 3. 増悪 4. 不明																																			
	4. その他	1. 使用() 2. 未使用	1. 改善 2. 不変 3. 増悪 4. 不明																																			
H. 治療後の 運動機能	D. 最重症時の運動機能の項を参考にしてください																																					
	上肢	0 1 2 3 4 5	下肢 0 1 2 3 4 5																																			
I. 医師の 意見	【WISH 入力不要】																																					
医療機関所在地		記載年月日:																																				
医療機関名		平成 年 月 日																																				
医師の氏名		印																																				
(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																																				

49 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 臨床調査個人票 (2.更新)

ふりがな			性別	3. 男 4. 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			出生 都道府県		発病時在住 都道府県	
	電話 ()						
発病 年月日	1. 昭和 年 月 日 2. 平成 (満 歳)	初診 年月日	1. 昭和 2. 平成	年 月 日		保険種別	1. 政 2. 組 3. 船 4. 共 5. 国 6. 高
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)						初回認定年月 平成 年 月
受診状況 (最近6ヶ月)	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 ()						
A. 病型	1. 運動優位型ニューロパチー 2. 感覚優位型ニューロパチー 3. 多巣性運動ニューロパチー						
B. 発症と経過	進行形式 1. 再発寛解性 (初発を0回として、今回の再発回数 ____ 回) 2. 慢性進行性 (以下にこの1年間の具体的な経過を記入してください)						
C. 神経学的 所見 年 月 現在	筋力低下	1. 無	2. 有	(右上肢、右下肢、左上肢、左下肢、脳神経領域)			
	筋萎縮	1. 無	2. 有	(右上肢、右下肢、左上肢、左下肢)			
	感覚鈍麻・消失	1. 無	2. 有	(右上肢、右下肢、左上肢、左下肢、脳神経領域)			
	異常感覚	1. 無	2. 有	(右上肢、右下肢、左上肢、左下肢、脳神経領域)			
	疼痛性感覚障害	1. 無	2. 有	(右上肢、右下肢、左上肢、左下肢、脳神経領域)			
	腱反射低下・消失	1. 無	2. 有	(右上肢、右下肢、左上肢、左下肢)			
	感覚性運動失調	1. 無	2. 有	(右上肢、右下肢、左上肢、左下肢、体幹)			
	自律神経症状	1. 無	2. 有	(発汗異常、瞳孔異常、排尿・排便障害、その他 ())			
	呼吸障害	1. 無	2. 有	(NIPPV、気管切開、TPPV、その他 ())			
D. 運動機能	以下の行為の可否を確認し、0 - 5段階であてはまるもの一つ選択してください。						
	項目						可 否
	・髪をとく、または洗髪						可 不可
	・ナイフとフォーク、スプーンの使用						可 不可
	・硬貨をつまむ						可 不可
	・ボタンやジッパーの使用						可 不可
上肢	0. 正常 (上肢運動に支障なし) 1. 片側または両側の障害は、上記の行為に影響しない 2. 片側または両側の障害は、上記の行為に影響するが、行為自体は可能 3. 片側または両側の障害により、上記のうち1つまたは2つの項目が不可能 4. 片側または両側の障害により、上記のうち3つまたはすべての項目が不可能 5. 目的のある自動運動は不可能						
下肢	0. 正常 (歩行に支障なし) 1. 障害はあるが、独歩で外出が可能 2. 外出には片側のサポート (杖、松葉杖、介助) が必要だが、歩行は可能 3. 外出には両側のサポート (杖、松葉杖、介助) が必要だが、歩行は可能 4. 外出には車いすを用いるが、介助があれば立位保持や数歩の歩行は可能 5. 移動は車いすに限定され、介助があっても立位保持や数歩の歩行は不可能						

E.治療と効果 (この1年について記入してください)	治療法	使用の有無	効果(E.運動機能の項を参考にしてください)
	1. 副腎皮質ステロイド薬	1. 経口 () mg/日 2. パルス 3. 未使用	1. 改善 2. 不変 3. 増悪 4. 不明
	2. 免疫グロブリン大量療法	1. 使用 () クール 2. 未使用	1. 改善 2. 不変 3. 増悪 4. 不明
	3. 血液浄化療法	1. 使用 (A. 血漿交換 B. 免疫吸着) 2. 未使用	1. 改善 2. 不変 3. 増悪 4. 不明
	4. その他	1. 使用 () 2. 未使用	1. 改善 2. 不変 3. 増悪 4. 不明

H. 医師の意見

【WISH入力不要】

医療機関所在地

医療機関名

医師の氏名 印 記載年月日：平成 年 月 日