

049 全身性エリテマトーデス

■ 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

全身症状	
発熱	38 度以上の発熱が 2 週間以上継続 <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
皮膚・粘膜症状	
顔面紅斑	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
円板状皮疹	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
光線過敏症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
四肢の冷感、しびれ感、 レイノー現象	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
脱毛	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
消化管潰瘍	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
口腔内潰瘍または 鼻咽腔潰瘍	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明

筋・関節症状			
関節炎 (非破壊性、2か所以上)	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
筋肉痛 (炎)	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
筋力低下	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
心・循環器症状			
心膜炎 (心嚢炎)	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
肺高血圧症	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
呼吸器症状			
胸膜炎	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
間質性肺炎 (新規)	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
肺出血 (新規)	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
肺梗塞 (新規)	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
腎・泌尿器症状			
急速進行性糸球体腎炎	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
ネフローゼ症候群	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
急性腎不全	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
慢性腎不全	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
神経症状			
痙攣発作	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
精神障害	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
器質性脳障害	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
脳神経障害	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
ループス頭痛	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
脳血管障害	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
視力障害	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明

無菌性髄膜炎（新規）	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
意識障害（新規）	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
多発単神経炎（新規）	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
脊髄障害（新規）	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
血液系症状			
溶血性貧血	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
血管系症状			
血管炎	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
その他の障害臓器	<input type="checkbox"/> 1. あり *1を選択の場合、以下に記入		
	<input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
合併症			
悪性腫瘍	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
感染症	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
	診断名		
糖尿病	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
高血圧	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
圧迫骨折	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
脳梗塞	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
骨壊死	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
播種性血管内凝固異常症 (DIC)	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
その他	自由記載 *50文字以内 かつ3行以内		

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

血液検査			
白血球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / μ L	ヘモグロビン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dL
血小板	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> $\times 10^4$ / μ L	CRP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
リンパ球数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / mm^3	クレアチニン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
C3	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	正常値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
C4	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	正常値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
CH50	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> U/dL	正常値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> U/dL
抗核抗体	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性		
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 倍		
			型
抗二本鎖 DNA 抗体価	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性		
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> U/mL		
抗 DNA 抗体上昇	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
抗 U1-RNP 抗体	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性	抗 Sm 抗体	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性
抗 SS-A 抗体	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性	抗 SS-B 抗体	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性
血清梅毒反応 (生物学的偽陽性)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
抗カルジオリピン抗体	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性	抗 CL β 2GP1 抗体	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性
ループスアンチコアグラント	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性		
尿検査			
定性：蛋白	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
1日蛋白尿 (0.5g/日超)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/日		
定性：潜血	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		

沈渣：赤血球	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
沈渣：顆粒円柱 (円柱尿)	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
血尿	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
膿尿	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
病理組織検査 (新規)			
実施有無	<input type="checkbox"/> 1. 実施		<input type="checkbox"/> 2. 未実施
腎生検所見	<input type="checkbox"/> 1. あり		<input type="checkbox"/> 2. なし
	<input type="checkbox"/> 3. 未実施		
	WHO 分類		型

C. 鑑別診断

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. 他の膠原病	<input type="checkbox"/> 2. 薬剤性ループス	<input type="checkbox"/> 3. ウイルスを含む感染症	
<input type="checkbox"/> 4. 血液疾患	<input type="checkbox"/> 5. 悪性腫瘍		

<診断のカテゴリー>

確定：以下の所見のうち4項目以上を満たす場合、 全身性エリテマトーデスと診断する	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
所見		
<input type="checkbox"/> 1. 顔面紅斑	<input type="checkbox"/> 2. 円板状皮疹	
<input type="checkbox"/> 3. 光線過敏症	<input type="checkbox"/> 4. 口腔内潰瘍または鼻咽腔潰瘍	
<input type="checkbox"/> 5. 関節炎（2関節以上で非破壊性）	<input type="checkbox"/> 6. 漿膜炎（胸膜炎、心膜炎）	
<input type="checkbox"/> 7. 腎病変（0.5g/日以上持続的蛋白尿か細胞性円柱の出現）		
<input type="checkbox"/> 8. 神経学的病変（痙攣発作、精神障害）		
<input type="checkbox"/> 9. 血液学的異常		
<input type="checkbox"/> 溶血性貧血 4,000/mm ³ 以下の白血球減少		
<input type="checkbox"/> 1,500/mm ³ 以下のリンパ球減少		
<input type="checkbox"/> 10万/mm ³ 以下の血小板減少		
<input type="checkbox"/> 10. 免疫学的異常		
<input type="checkbox"/> 抗2本鎖DNA抗体陽性		
<input type="checkbox"/> 抗Sm抗体陽性		
<input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体陽性		
<input type="checkbox"/> 抗カルジオリピン抗体		
<input type="checkbox"/> ループスアンチコアグラント		
<input type="checkbox"/> 梅毒反応偽陽性		
<input type="checkbox"/> 11. 抗核抗体陽性		

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

■ 治療その他

薬物療法	
副腎皮質ステロイド	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	プレドニゾロン換算最大量 <input type="text"/> <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
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
免疫抑制剤	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	薬剤名
	最大投与量 <input type="text"/> <input type="text"/> <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
非ステロイド系 抗炎症薬	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	薬剤名
	最大投与量 <input type="text"/> <input type="text"/> <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
その他の薬剤	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	薬剤名
	投与量 <input type="text"/> <input type="text"/> <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

アフェレーシス			
血漿交換療法	<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
血液透析	<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

■ 重症度分類に関する事項

SLEDAI スコア	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 点
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
痙攣	<input type="checkbox"/> 1. あり (8点) <input type="checkbox"/> 2. なし (0点) <input type="checkbox"/> 3. 不明 (0点)
精神症状	<input type="checkbox"/> 1. あり (8点) <input type="checkbox"/> 2. なし (0点) <input type="checkbox"/> 3. 不明 (0点)
器質的脳障害	<input type="checkbox"/> 1. あり (8点) <input type="checkbox"/> 2. なし (0点) <input type="checkbox"/> 3. 不明 (0点)
視力障害	<input type="checkbox"/> 1. あり (8点) <input type="checkbox"/> 2. なし (0点) <input type="checkbox"/> 3. 不明 (0点)
脳神経障害	<input type="checkbox"/> 1. あり (8点) <input type="checkbox"/> 2. なし (0点) <input type="checkbox"/> 3. 不明 (0点)
ループス頭痛	<input type="checkbox"/> 1. あり (8点) <input type="checkbox"/> 2. なし (0点) <input type="checkbox"/> 3. 不明 (0点)
脳血管障害	<input type="checkbox"/> 1. あり (8点) <input type="checkbox"/> 2. なし (0点) <input type="checkbox"/> 3. 不明 (0点)
血管炎	<input type="checkbox"/> 1. あり (8点) <input type="checkbox"/> 2. なし (0点) <input type="checkbox"/> 3. 不明 (0点)
関節炎	<input type="checkbox"/> 1. あり (4点) <input type="checkbox"/> 2. なし (0点) <input type="checkbox"/> 3. 不明 (0点)
筋炎	<input type="checkbox"/> 1. あり (4点) <input type="checkbox"/> 2. なし (0点) <input type="checkbox"/> 3. 不明 (0点)
尿円柱	<input type="checkbox"/> 1. あり (4点) <input type="checkbox"/> 2. なし (0点) <input type="checkbox"/> 3. 不明 (0点)
血尿	<input type="checkbox"/> 1. あり (4点) <input type="checkbox"/> 2. なし (0点) <input type="checkbox"/> 3. 不明 (0点)
蛋白尿	<input type="checkbox"/> 1. あり (4点) <input type="checkbox"/> 2. なし (0点) <input type="checkbox"/> 3. 不明 (0点)
膿尿	<input type="checkbox"/> 1. あり (4点) <input type="checkbox"/> 2. なし (0点) <input type="checkbox"/> 3. 不明 (0点)
新たな皮疹	<input type="checkbox"/> 1. あり (2点) <input type="checkbox"/> 2. なし (0点) <input type="checkbox"/> 3. 不明 (0点)
脱毛	<input type="checkbox"/> 1. あり (2点) <input type="checkbox"/> 2. なし (0点) <input type="checkbox"/> 3. 不明 (0点)

粘膜潰瘍	<input type="checkbox"/> 1. あり (2点)	<input type="checkbox"/> 2. なし (0点)	<input type="checkbox"/> 3. 不明 (0点)
胸膜炎	<input type="checkbox"/> 1. あり (2点)	<input type="checkbox"/> 2. なし (0点)	<input type="checkbox"/> 3. 不明 (0点)
心膜炎	<input type="checkbox"/> 1. あり (2点)	<input type="checkbox"/> 2. なし (0点)	<input type="checkbox"/> 3. 不明 (0点)
低補体血症	<input type="checkbox"/> 1. あり (2点)	<input type="checkbox"/> 2. なし (0点)	<input type="checkbox"/> 3. 不明 (0点)
抗DNA抗体上昇	<input type="checkbox"/> 1. あり (2点)	<input type="checkbox"/> 2. なし (0点)	<input type="checkbox"/> 3. 不明 (0点)
38度以上の発熱	<input type="checkbox"/> 1. あり (1点)	<input type="checkbox"/> 2. なし (0点)	<input type="checkbox"/> 3. 不明 (0点)
血小板減少	<input type="checkbox"/> 1. あり (1点)	<input type="checkbox"/> 2. なし (0点)	<input type="checkbox"/> 3. 不明 (0点)
白血球減少	<input type="checkbox"/> 1. あり (1点)	<input type="checkbox"/> 2. なし (0点)	<input type="checkbox"/> 3. 不明 (0点)

■ 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。