

155 ランドウ・クレフナー症候群

■ 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

1. 発症前の発達正常	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 聴覚失認、語聾などの聴覚言語障害が思春期まで（概ね2～10歳）に発症	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
3. 言語能力の退行（感覚失語、時に全失語にいたる）。一部の症例では一過性の改善を示す。	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
4. てんかん発作の合併は70～80%で、発作頻度は少ない。多くは焦点性発作を呈する。	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
	発作型（複数選択可）
	<input type="checkbox"/> 複雑部分発作 <input type="checkbox"/> 単純部分発作 <input type="checkbox"/> 二次性全般化発作 <input type="checkbox"/> 非定型欠神発作 <input type="checkbox"/> その他の型
	*その他の型を選択の場合、以下に記入
	現在の状況 <input type="checkbox"/> 発作残存 <input type="checkbox"/> 発作消失
5. 認知障害、行動障害を伴う	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

<p>1. 脳波検査では棘波、棘徐波を、両側性、全般性に認める。焦点性異常の側性は一定せず、多焦点を呈することが多く、局在は側頭葉が高頻度である。徐波睡眠期はてんかん性発射の頻度が増し、両側性棘徐波が持続する。</p>	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
	脳波所見の変化
	<input type="checkbox"/> 両側性棘徐波 <input type="checkbox"/> 焦点性異常波 <input type="checkbox"/> 多焦点性異常波 <input type="checkbox"/> 突発性異常波の消失 <input type="checkbox"/> 正常化 <input type="checkbox"/> その他の変化
	*両側性棘徐波の場合、以下より選択
	<input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 消失
	*その他の変化を選択の場合、以下に記入
<p>2. 頭部画像検査では視察的評価における形態的な異常を認めないが、機能検査により非対称性、側頭葉の異常が認められる。</p>	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<p>3. 神経心理検査で聴覚失認、言語障害を認める</p>	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明

C. 鑑別診断

<p>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。</p>	<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"/> 中心-側頭部棘波を伴う良性小児てんかん <input type="checkbox"/> レノックス・ガストー症候群 <input type="checkbox"/> 側頭葉てんかん <input type="checkbox"/> 非てんかん性疾患 <input type="checkbox"/> 末梢性難聴 <input type="checkbox"/> 心理的要因 <input type="checkbox"/> 脳血管障害後遺症などによる失語症 <input type="checkbox"/> 自閉症	

<診断のカテゴリー>

<p>発達が正常な児童に症状（A-2、3）を認め、検査所見（B-1）を認める</p>	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
--	--

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

■ 臨床所見

下記のいずれかの脳機能障害を呈している	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 感覚性言語障害 <input type="checkbox"/> 表出性言語障害 <input type="checkbox"/> 全失語 <input type="checkbox"/> 多弁 <input type="checkbox"/> 行動異常 <input type="checkbox"/> 運動障害	*行動異常の場合、以下より選択		
<input type="checkbox"/> 多動 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> 衝動性 <input type="checkbox"/> その他			

■ 治療その他

有効であった 抗てんかん薬	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明																								
	<table border="1"> <tr> <td rowspan="4">薬剤名</td> <td><input type="checkbox"/> PHT <input type="checkbox"/> PB/PRM <input type="checkbox"/> CBZ <input type="checkbox"/> VPA <input type="checkbox"/> ZNS</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> TPM <input type="checkbox"/> LTG <input type="checkbox"/> LEV <input type="checkbox"/> GBP <input type="checkbox"/> CLB</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> DZP <input type="checkbox"/> ESM <input type="checkbox"/> STP <input type="checkbox"/> RFN <input type="checkbox"/> ACTH</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他の薬剤 *その他の薬剤を選択の場合、以下に記入</td> </tr> </table>	薬剤名	<input type="checkbox"/> PHT <input type="checkbox"/> PB/PRM <input type="checkbox"/> CBZ <input type="checkbox"/> VPA <input type="checkbox"/> ZNS	<input type="checkbox"/> TPM <input type="checkbox"/> LTG <input type="checkbox"/> LEV <input type="checkbox"/> GBP <input type="checkbox"/> CLB	<input type="checkbox"/> DZP <input type="checkbox"/> ESM <input type="checkbox"/> STP <input type="checkbox"/> RFN <input type="checkbox"/> ACTH	<input type="checkbox"/> その他の薬剤 *その他の薬剤を選択の場合、以下に記入																			
	薬剤名		<input type="checkbox"/> PHT <input type="checkbox"/> PB/PRM <input type="checkbox"/> CBZ <input type="checkbox"/> VPA <input type="checkbox"/> ZNS																						
<input type="checkbox"/> TPM <input type="checkbox"/> LTG <input type="checkbox"/> LEV <input type="checkbox"/> GBP <input type="checkbox"/> CLB																									
<input type="checkbox"/> DZP <input type="checkbox"/> ESM <input type="checkbox"/> STP <input type="checkbox"/> RFN <input type="checkbox"/> ACTH																									
<input type="checkbox"/> その他の薬剤 *その他の薬剤を選択の場合、以下に記入																									
その他の治療	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施 <input type="checkbox"/> 3. 不明																								
	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ステロイドパルス治療</td> <td><input type="checkbox"/> 有効</td> <td><input type="checkbox"/> 無効</td> <td><input type="checkbox"/> 判定保留</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ステロイド内服治療</td> <td><input type="checkbox"/> 有効</td> <td><input type="checkbox"/> 無効</td> <td><input type="checkbox"/> 判定保留</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 免疫グロブリン治療</td> <td><input type="checkbox"/> 有効</td> <td><input type="checkbox"/> 無効</td> <td><input type="checkbox"/> 判定保留</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他の免疫修飾療法</td> <td><input type="checkbox"/> 有効</td> <td><input type="checkbox"/> 無効</td> <td><input type="checkbox"/> 判定保留</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> てんかん外科治療</td> <td><input type="checkbox"/> 有効</td> <td><input type="checkbox"/> 無効</td> <td><input type="checkbox"/> 判定保留</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他の治療</td> <td><input type="checkbox"/> あり</td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> ステロイドパルス治療	<input type="checkbox"/> 有効	<input type="checkbox"/> 無効	<input type="checkbox"/> 判定保留	<input type="checkbox"/> ステロイド内服治療	<input type="checkbox"/> 有効	<input type="checkbox"/> 無効	<input type="checkbox"/> 判定保留	<input type="checkbox"/> 免疫グロブリン治療	<input type="checkbox"/> 有効	<input type="checkbox"/> 無効	<input type="checkbox"/> 判定保留	<input type="checkbox"/> その他の免疫修飾療法	<input type="checkbox"/> 有効	<input type="checkbox"/> 無効	<input type="checkbox"/> 判定保留	<input type="checkbox"/> てんかん外科治療	<input type="checkbox"/> 有効	<input type="checkbox"/> 無効	<input type="checkbox"/> 判定保留	<input type="checkbox"/> その他の治療	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> ステロイドパルス治療	<input type="checkbox"/> 有効	<input type="checkbox"/> 無効	<input type="checkbox"/> 判定保留																					
	<input type="checkbox"/> ステロイド内服治療	<input type="checkbox"/> 有効	<input type="checkbox"/> 無効	<input type="checkbox"/> 判定保留																					
	<input type="checkbox"/> 免疫グロブリン治療	<input type="checkbox"/> 有効	<input type="checkbox"/> 無効	<input type="checkbox"/> 判定保留																					
	<input type="checkbox"/> その他の免疫修飾療法	<input type="checkbox"/> 有効	<input type="checkbox"/> 無効	<input type="checkbox"/> 判定保留																					
	<input type="checkbox"/> てんかん外科治療	<input type="checkbox"/> 有効	<input type="checkbox"/> 無効	<input type="checkbox"/> 判定保留																					
<input type="checkbox"/> その他の治療	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし																							

■ 重症度分類に関する事項

「G40 てんかん」の障害等級判定区分

- ハ、ニの発作が月に1回以上ある（1級程度）
- イ、ロの発作が月に1回以上ある、またはハ、ニの発作が年に2回以上ある（2級程度）
- イ、ロの発作が月に1回未満、またはハ、ニの発作が年に2回未満である（3級程度）

てんかん発作のタイプ

- イ. 意識障害はないが、随意運動が失われる発作
- ロ. 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作
- ハ. 意識障害の有無を問わず、転倒する発作
- ニ. 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作

「精神症状・能力障害二軸評価」 (2) 能力障害評価

- 1. 精神障害や知的障害を認めないか、または、精神障害、知的障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通に出来る
- 2. 精神障害、知的障害を認め、日常生活または社会生活に一定の制限を受ける
- 3. 精神障害、知的障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、時に応じて支援を必要とする
- 4. 精神障害、知的障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、常時支援を要する
- 5. 精神障害、知的障害を認め、身の回りのことはほとんど出来ない

上記の精神保健福祉手帳診断基準における「G40 てんかん」の障害等級判定区分および障害者総合支援法における「精神症状・能力障害二軸評価」(2) 能力障害評価で、次のいずれかに該当する

1. 該当 2. 非該当 3. 不明

- 「G40 てんかん」の障害等級が1級程度で、能力障害評価1～5のいずれかを満たす
- 「G40 てんかん」の障害等級が2級程度で、能力障害評価3～5のいずれかを満たす
- 「G40 てんかん」の障害等級が3級程度で、能力障害評価4～5のいずれかを満たす

■ 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。