

308-3 進行性白質脳症

(卵巣機能障害を伴う進行性白質脳症)

■ 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

1. 乳幼児期からの発達の遅れ	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 学童期からの学習障害、巧緻機能障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
3. 青年期以降からの抑うつ、行動障害、認知機能低下	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
4. 運動失調、あるいは痙性などの錐体路・錐体外路症状の進行	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
5. 女性の場合、卵巣機能障害による二次性月経不全	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <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

MRI 画像所見：大脳白質の斑状 T2 高信号	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
-------------------------	---

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"/> 皮質下嚢胞をもつ大頭型白質脳症	<input type="checkbox"/> 白質消失病
<input type="checkbox"/> アレキサンダー病	<input type="checkbox"/> 副腎白質ジストロフィー
<input type="checkbox"/> 大脳白質障害を示す他の疾患 *大脳白質障害を示す他の疾患を選択の場合、以下に記入	

D. 遺伝学的検査

遺伝子検査の実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
<input type="checkbox"/> AARS2 遺伝子のホモあるいは複合ヘテロ変異	

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> Definite : Aのうち1項目以上+Bを満たす+Cの疾患を全て除外できる+Dを満たす
<input type="checkbox"/> Probable : Aのうち1項目以上+Bを満たす+Cの疾患を全て除外できる
<input type="checkbox"/> Possible : Aのうち1項目以上+Bを満たす
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない

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																	
抗てんかん薬	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施																
	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																
	薬剤名 <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> PHT</td> <td><input type="checkbox"/> PB/PRM</td> <td><input type="checkbox"/> CBZ</td> <td><input type="checkbox"/> VPA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ZNS</td> <td><input type="checkbox"/> TPM</td> <td><input type="checkbox"/> LTG</td> <td><input type="checkbox"/> LEV</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> GBP</td> <td><input type="checkbox"/> CLB</td> <td><input type="checkbox"/> DZP</td> <td><input type="checkbox"/> ESM</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> STP</td> <td><input type="checkbox"/> RFN</td> <td><input type="checkbox"/> ACTH</td> <td><input type="checkbox"/> その他の薬剤</td> </tr> </table>	<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
	<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 _____																	
その他の薬物療法	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施																
	薬物名 _____																
	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																
治療																	
理学療法	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施																
	治療名 _____																
	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																
ボトックス療法	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施																
	治療名 _____																
	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																
気道確保	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施																
	治療名 <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. 気管切開</td> <td><input type="checkbox"/> 2. その他</td> <td>*その他を選択の場合、以下に記入</td> </tr> <tr> <td colspan="3">_____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1. 気管切開	<input type="checkbox"/> 2. その他	*その他を選択の場合、以下に記入	_____												
	<input type="checkbox"/> 1. 気管切開	<input type="checkbox"/> 2. その他	*その他を選択の場合、以下に記入														

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																	

長期栄養管理	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	治療名	<input type="checkbox"/> 1. 胃瘻造設 <input type="checkbox"/> 2. その他 *その他を選択の場合、以下に記入
	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
その他の治療	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	治療名	
	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

modified Rankin Scale (mRS)

<input type="checkbox"/> 0. まったく症候がない <input type="checkbox"/> 1. 症候はあっても明らかな障害はない（日常の勤めや活動は行える） <input type="checkbox"/> 2. 軽度の障害 （発症以前の活動がすべて行えるわけではないが、自分の身の回りのことは介助なしに行える） <input type="checkbox"/> 3. 中等度の障害（何らかの介助を必要とするが、歩行は介助なしに行える） <input type="checkbox"/> 4. 中等度から重度の障害（歩行や身体的要求には介助が必要である） <input type="checkbox"/> 5. 重度の障害（寝たきり、失禁状態、常に介護と見守りを必要とする）

食事・栄養

<input type="checkbox"/> 0. 症候なし <input type="checkbox"/> 1. 時にむせる、食事動作がぎこちないなどの症候があるが、社会生活・日常生活に支障ない <input type="checkbox"/> 2. 食物形態の工夫や、食事時の道具の工夫を必要とする <input type="checkbox"/> 3. 食事・栄養摂取に何らかの介助を要する <input type="checkbox"/> 4. 補助的な非経口的栄養摂取（経管栄養、中心静脈栄養など）を必要とする <input type="checkbox"/> 5. 全面的に非経口的栄養摂取に依存している
--

呼吸

- 0. 症候なし
- 1. 肺活量の低下などの所見はあるが、社会生活・日常生活に支障ない
- 2. 呼吸障害のために軽度の息切れなどの症状がある
- 3. 呼吸症状が睡眠の妨げになる、あるいは着替えなどの日常生活動作で息切れが生じる
- 4. 喀痰の吸引あるいは間欠的な換気補助装置使用が必要
- 5. 気管切開あるいは継続的な換気補助装置使用が必要

■ 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。