

063 特発性血小板減少性紫斑病

■ 患者情報

保険情報	保険者番号		被保険者記号	
	被保険者番号		被保険者 個人単位枝番	
	資格取得 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
氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
以前の登録氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
住所	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"/>		
	都道府県			
	市区町村			
	丁目番地等			
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		
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性			
出生地	都道府県			
	市区町村			

■ 基本情報

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	
発症時期	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	
手帳取得状況		
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり (等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級)	
療育手帳	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり	
精神障害者 保健福祉手帳 (障害者手帳)	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり (等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級)	
人工呼吸器等装着者認定基準に該当		
<input type="checkbox"/> 1. する <input type="checkbox"/> 2. しない <input type="checkbox"/> 3. 不明		

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

Definite 1 : B. の末梢血検査で血小板が 100,000/ μ L 以下で他の血球に異常がなく、C. の疾病が全て除外可

Definite 2 : B. の末梢血検査で血小板が 100,000/ μ L 以下で、他の血球に若干の異常がある（赤血球の形態、白血球の形態または数、MCV、白血球分画の好中球数あるいはリンパ球数に異常がある）が、骨髄検査で異常細胞または MDS で認められる染色体異常が認められず、C. の疾病が全て除外可

いずれにも該当しない

A. 症状

出血症状	診断を行った年月日	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
	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし												
	種類	<input type="checkbox"/> 1. 点状出血	<input type="checkbox"/> 2. 斑状出血	<input type="checkbox"/> 3. 紫斑	<input type="checkbox"/> 4. 歯肉出血	<input type="checkbox"/> 5. 鼻出血	<input type="checkbox"/> 6. 月経過多	<input type="checkbox"/> 7. 血尿	<input type="checkbox"/> 8. 吐血あるいは下血	<input type="checkbox"/> 9. 関節出血	<input type="checkbox"/> 10. 重症消化管出血	<input type="checkbox"/> 11. 脳出血	<input type="checkbox"/> 12. その他

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入し、以降の数値ボックスについては全て同様に記載する

末梢血検査													
白血球形態異常	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	貧血	<input type="checkbox"/> 1. なし	<input type="checkbox"/> 2. 失血性	<input type="checkbox"/> 3. 鉄欠乏性							
赤血球形態異常	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし											
白血球数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ μ L							
赤血球数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	$\times 10^4$									
ヘモグロビン	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	g/dL								
MCV	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	fL	血小板数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	$\times 10^4$		
白血球分画	好中球	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	%	好酸球	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	%	
	好塩基球	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	%	単球	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	%	
	リンパ球	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	%	その他	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	%	

骨髓検査			
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施		<input type="checkbox"/> 2. 未実施
	検査日	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
	未実施の理由		
骨髓穿刺部位	<input type="checkbox"/> 1. 胸骨	<input type="checkbox"/> 2. 腸骨	有核細胞数 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> × 10 ⁴ /μL
巨核球数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 個/μL 又は <input type="checkbox"/> 1. 減少 <input type="checkbox"/> 2. 正常 <input type="checkbox"/> 3. 増加		
	血小板付着像	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
顆粒球/ 赤芽球比	(M/E比)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
異型細胞の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	<input type="checkbox"/> 赤芽球系 <input type="checkbox"/> 顆粒球系 <input type="checkbox"/> その他 *その他を選択の場合、以下に記入		
骨髓染色体分析	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常 <input type="checkbox"/> 3. 解析不能		
	異常所見		

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. 再生不良性貧血	<input type="checkbox"/> 2. 骨髓異形成症候群	<input type="checkbox"/> 3. 白血病	
<input type="checkbox"/> 4. 血栓性血小板減少性紫斑病	<input type="checkbox"/> 5. 薬剤による血小板減少症	<input type="checkbox"/> 6. 膠原病	
<input type="checkbox"/> 7. 抗リン脂質抗体症候群	<input type="checkbox"/> 8. 血小板減少をきたす先天性疾患	<input type="checkbox"/> 9. 肝硬変	
<input type="checkbox"/> 10. HIV 感染症	<input type="checkbox"/> 11. 薬剤又は放射線障害	<input type="checkbox"/> 12. 発作性夜間血色素尿症	
<input type="checkbox"/> 13. 全身性エリテマトーデス	<input type="checkbox"/> 14. 悪性リンパ腫	<input type="checkbox"/> 15. 骨髓癌転移	
<input type="checkbox"/> 16. 播種性血管内凝固症候群	<input type="checkbox"/> 17. 脾機能亢進症	<input type="checkbox"/> 18. 巨赤芽球性貧血	
<input type="checkbox"/> 19. 敗血症	<input type="checkbox"/> 20. 結核症	<input type="checkbox"/> 21. サルコイドーシス	<input type="checkbox"/> 22. 血管腫

■ 重症度分類に関する事項

特発性血小板減少性紫斑病 重症度基準	<input type="checkbox"/> 1. Stage I	<input type="checkbox"/> 2. Stage II	<input type="checkbox"/> 3. Stage III
	<input type="checkbox"/> 4. Stage IV	<input type="checkbox"/> 5. Stage V	<input type="checkbox"/> 6. 該当なし

出血症状	重症度判定を行った年月日	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
	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし											
	種類	<input type="checkbox"/> 1. 点状出血	<input type="checkbox"/> 2. 斑状出血	<input type="checkbox"/> 3. 紫斑	<input type="checkbox"/> 4. 歯肉出血	<input type="checkbox"/> 5. 鼻出血	<input type="checkbox"/> 6. 月経過多	<input type="checkbox"/> 7. 血尿	<input type="checkbox"/> 8. 吐血あるいは下血	<input type="checkbox"/> 9. 関節出血	<input type="checkbox"/> 10. 重症消化管出血	<input type="checkbox"/> 11. 脳出血	<input type="checkbox"/> 12. その他

末梢血検査						
白血球数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ μ L
赤血球数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	$\times 10^4$ / μ L
ヘモグロビン	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	g/dL
血小板数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	$\times 10^4$ / μ L

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など *500文字以内

■ その他の事項

合併症

脳出血	この1年間の状況	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし
	全経過を通じて	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし
重症感染症	この1年間の状況	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし
	全経過を通じて	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし
糖尿病	この1年間の状況	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし
	全経過を通じて	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし
脊椎圧迫骨折	この1年間の状況	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし
	全経過を通じて	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし
大腿骨頭壊死	この1年間の状況	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし
	全経過を通じて	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし
血栓症（動脈・静脈）	この1年間の状況	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし
	全経過を通じて	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし
その他	この1年間の状況	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし
	疾患名		
	全経過を通じて	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし
	疾患名		

検査所見（新規）

血小板抗体検査	
血小板自己抗原 検索	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	検査年月日 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
	所見 <input type="checkbox"/> 1. GP IIb/IIIa <input type="checkbox"/> 2. GP Ib <input type="checkbox"/> 3. その他
網状血小板比率 (RP%)	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	検査年月日 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
	比率 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
	正常上限値 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
幼若血小板比率 (IPF%)	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施
	検査年月日 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
	比率 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
	正常上限値 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
血中トロンボポエチン値	<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常 <input type="checkbox"/> 3. 未実施
HBs 抗原	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 未実施
抗 HCV 抗体	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 未実施
ヘリコバクター・ピロリ菌	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 未実施
血小板結合性免疫グロブリン G (PAIgG) の増加	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未実施

発症と経過

発病からの期間	<input type="checkbox"/> 1) 3 か月未満 <input type="checkbox"/> 2) 3 か月以上 12 か月未満 <input type="checkbox"/> 3) 12 か月以上
この1年の経過 (更新)	<input type="checkbox"/> 1. 治癒 <input type="checkbox"/> 2. 軽快 <input type="checkbox"/> 3. 不変 <input type="checkbox"/> 4. 徐々に悪化 <input type="checkbox"/> 5. 急速に悪化 <input type="checkbox"/> 6. その他

治療その他

治療	<input type="checkbox"/> 1. 無治療 <input type="checkbox"/> 2. 治療あり	
ピロリ除菌療法	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	実施日	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
	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
脾摘治療	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	実施日	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
	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
新規申請時は申請時の状況、更新申請時は最近1年間の治療について記載		
副腎皮質ステロイド	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	プレドニゾン 換算量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg
		単位 <input type="checkbox"/> 1. /日 <input type="checkbox"/> 2. /週
	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
トロンボポエチン 受容体作動薬	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	ロミプロスチム 投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> μg/kg/週
	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
	エルトロンボパグ 投与量	<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
免疫抑制剤治療	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	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
		単位 <input type="checkbox"/> 1. /日 <input type="checkbox"/> 2. /週
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	

ダナゾール治療	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg
		単位 <input type="checkbox"/> 1. /日 <input type="checkbox"/> 2. /週
	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
免疫グロブリン 大量療法	<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
血小板輸血	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 単位/回
	投与回数	<input type="text"/> <input type="text"/> 回/年
リツキシマブ投与	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/回
	投与回数	<input type="text"/> <input type="text"/> 回/年
	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
その他の治療法 1	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	薬剤名・用法用量等	
	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
その他の治療法 2	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	薬剤名・用法用量等	
	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

■ 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												
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
診断年月日	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。
- ・診断年月日欄には、本臨床調査個人票に記載された内容を診断した日を記載してください。
- ・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。

■ 行政記載欄

担当自治体				
受理日	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	
公費負担者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
認定結果	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 不認定			
研究同意の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
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"/>			
有効期限	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	
階層区分	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 上位所得 <input type="checkbox"/> その他			
軽症者登録	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
保険情報	保険者番号	<input type="text"/>	被保険者記号	<input type="text"/>
	被保険者番号	<input type="text"/>	被保険者 個人単位枝番	<input type="text"/>
	資格取得 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