

## 013 多発性硬化症／視神経脊髄炎

## ■ 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

診断

<input type="checkbox"/> 1. 多発性硬化症	<input type="checkbox"/> 2. 視神経脊髄炎 (NMOSD)	<input type="checkbox"/> 3. Baló 病 (バロー同心円硬化症)
多発性硬化症の疾患分類	<input type="checkbox"/> 1. 再発寛解型 MS	<input type="checkbox"/> 2. 一次性進行型 MS <input type="checkbox"/> 3. 二次性進行型 MS

A. 臨床所見

神経学的診察の実施日	<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	
脳神経			
視力障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	部位	<input type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左 <input type="checkbox"/> 3. 両側	
複視	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	構音障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
嚥下障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	難治性吃逆	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし

反射			
腱反射亢進	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	左右差	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
病的反射	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	左右差	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
運動系			
運動麻痺	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	全身けいれん	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
有痛性強直性攣縮	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
自律神経系			
膀胱直腸障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
歩行、姿勢、協調運動			
小脳（性運動）失調	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	左右差	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
感覚			
感覚鈍麻	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	左右差	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
認知機能			
精神症状	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		

**B. 検査所見** \*小数点も1文字として記入する

血清 AQP4 抗体	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 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
画像所見（以下の領域に T2 病変が 1 個以上ある）			
脳 MRI 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

大脳病巣	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	個数	<input type="checkbox"/> 1. 9 個以上 <input type="checkbox"/> 2. 4~8 個 <input type="checkbox"/> 3. 3 個以下
	側脳室周囲病巣	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	径 3cm 以上の病巣	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	皮質直下病巣	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	病巣の大きさ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
	ガドリニウム造影効果	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
小脳病巣	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	ガドリニウム造影効果	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
脳幹病巣	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	ガドリニウム造影効果	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
視神経病巣	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	部位	<input type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左 <input type="checkbox"/> 3. 両側
	ガドリニウム造影効果	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
脊髄 MRI 検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	T2 病変	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 個
	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
脊髄病巣	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
3 椎体を越える病変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
同心円状病巣	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	

脳脊髄液所見	
検査実施	<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
細胞数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 個/ $\mu$ L      IgG index <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
タンパク量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
オリゴクローナル IgG バンド	<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
	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性
	検査機関
視覚誘発電位異常	
VEP	<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
	異常所見 <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	部位 <input type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左 <input type="checkbox"/> 3. 両側

**C. 鑑別診断（新規）**

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. 腫瘍 <input type="checkbox"/> 2. 梅毒 <input type="checkbox"/> 3. 脳血管障害	
<input type="checkbox"/> 4. 頸椎症性ミエロパチー <input type="checkbox"/> 5. 急性散在性脳脊髄炎（ADEM） <input type="checkbox"/> 6. 脊髄空洞症	
<input type="checkbox"/> 7. 脊髄小脳変性症 <input type="checkbox"/> 8. HTLV-1 関連脊髄症（HAM） <input type="checkbox"/> 9. 膠原病	
<input type="checkbox"/> 10. シェーグレン症候群 <input type="checkbox"/> 11. 神経ベーチェット <input type="checkbox"/> 12. 神経サルコイドーシス	
<input type="checkbox"/> 13. ミトコンドリア脳筋症 <input type="checkbox"/> 14. 進行性多巣性白質脳症	

<診断のカテゴリー>

再発寛解型MS：以下の2つのいずれかを満たす

- 1. 中枢神経内の炎症性脱髄に起因すると考えられる臨床的発作が2回以上あり、かつ客観的臨床的証拠がある2個以上の病変を有する。
- 2. 中枢神経内の炎症性脱髄に起因すると考えられ、客観的臨床的証拠のある臨床的発作が少なくとも1回あり、さらに中枢神経病変の時間的空間的な多発が臨床症候、あるいはMRI所見により証明される。

一次性進行型MS：1年間の病状の進行（過去あるいは前向きを観察で判断する）、及び以下の3つの基準のうち2つ以上を満たす

- 1. 脳に空間的多発の証拠がある  
(脳室周囲、皮質直下、あるいはテント下に1個以上のT2病変がある)
- 2. 脊髄に空間的多発の証拠がある (脊髄に2個以上のT2病変がある)
- 3. 髄液の異常所見 (オリゴクローナルバンド及びあるいはIgGインデックスの上昇)

二次性進行型MS：再発寛解型としてある期間経過した後、明らかな再発がないにもかかわらず病状が徐々に進行する

狭義の視神経脊髄炎 (NMOSD)：以下の1～3の全てを満たす

- 1. 視神経炎
- 2. 急性脊髄炎
- 3. 以下の3つの支持基準のうち少なくとも2つを満たす
  - a. 3椎体以上に及ぶ連続的な脊髄MRI病変
  - b. MSのための脳MRIの基準  
(Patyの基準 (4個以上の病変、あるいは3個の病変がありそのうち1個は脳室周囲にある) )  
を満たさない
  - c. 抗AQP4抗体陽性

視神経脊髄炎 (NMOSD)：抗AQP4抗体陽性で急性炎症性中枢性病変をとめない、他の疾患が除外できる

Baló病 (バロー同心円硬化症)：病理またはMRIにて同心円状病巣が確認できる

上記の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

--

■ 発症と経過

初発症状 (新規)	
視力障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	部位 <input type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左 <input type="checkbox"/> 3. 両側
複視	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
構音障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
膀胱直腸障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
感覚障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
四肢麻痺	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
小脳性運動失調	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
歩行障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
初発症状	
経過	
経過の状態	<input type="checkbox"/> 1. 単相性 <input type="checkbox"/> 2. 多相性 <input type="checkbox"/> 3. 慢性進行性
	臨床的再発 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回
	慢性進行性    西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月頃から
誘因	<input type="checkbox"/> 1. 過労 <input type="checkbox"/> 2. 外傷 <input type="checkbox"/> 3. 手術 <input type="checkbox"/> 4. 婚姻 <input type="checkbox"/> 5. ワクチン
	<input type="checkbox"/> 6. 出産 <input type="checkbox"/> 7. 感染症 <input type="checkbox"/> 8. その他
	その他の内容

身体障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	等級	<input type="text"/> 級
	取得年月	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月

■ 治療その他

過去1年以内の インターフェロンβの有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	ありの場合	回数 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回/過去1年以内	
	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	
過去1年以内の フィンゴリモドの有無	<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	
過去1年以内の ナタリズマブの有無	<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	
過去1年以内の グラチラマー酢酸塩の有無	<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	
過去1年以内の パルス療法の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	ありの場合	回数 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回/過去1年以内	
	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	
過去1年以内の 副腎皮質ステロイド投与の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	ありの場合	種類	
		最大投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg
		最大投与量単位	<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	



過去1年以内の 免疫抑制剤治療の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	ありの場合	種類
		<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
		最大投与量 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg
	最大投与量単位 <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	
過去1年以内の 血液浄化療法の有無	<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
その他の薬剤		
薬剤1 (過去1年以内)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	薬剤名	
	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
	投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg
	投与量単位	<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
薬剤2 (過去1年以内)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	薬剤名	
	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	
	投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg
	投与量単位	<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

■ 重症度分類に関する事項

臨床症候からみた病巣	
部位	<input type="checkbox"/> 1. 大脳 <input type="checkbox"/> 2. 小脳 <input type="checkbox"/> 3. 脳幹 <input type="checkbox"/> 4. 脊髄 <input type="checkbox"/> 5. 視神経 <input type="checkbox"/> 6. 末梢神経
	視神経の部位 <input type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左 <input type="checkbox"/> 3. 両側
EDSS	
グレード	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1.0 <input type="checkbox"/> 1.5 <input type="checkbox"/> 2.0 <input type="checkbox"/> 2.5 <input type="checkbox"/> 3.0 <input type="checkbox"/> 3.5 <input type="checkbox"/> 4.0 <input type="checkbox"/> 4.5 <input type="checkbox"/> 5.0 <input type="checkbox"/> 5.5 <input type="checkbox"/> 6.0 <input type="checkbox"/> 6.5 <input type="checkbox"/> 7.0 <input type="checkbox"/> 7.5 <input type="checkbox"/> 8.0 <input type="checkbox"/> 8.5 <input type="checkbox"/> 9.0 <input type="checkbox"/> 9.5 <input type="checkbox"/> 10.0
運動機能	<input type="checkbox"/> 1. 500m 以上 <input type="checkbox"/> 2. 500m 以下 <input type="checkbox"/> 3. 300m 以下 <input type="checkbox"/> 4. 200m 以下 <input type="checkbox"/> 5. 100m 以下 <input type="checkbox"/> 6. 補助具必要 (片側 100m) <input type="checkbox"/> 7. 補助具必要 (両側 100m) <input type="checkbox"/> 8. 車椅子生活 (一人で乗降可) <input type="checkbox"/> 9. 車椅子生活 (助け必要なときあり) <input type="checkbox"/> 10. ベッド生活 (一日の大半ベッド外) <input type="checkbox"/> 11. ベッド生活 (一日の大半ベッド内) <input type="checkbox"/> 12. ベッド寝たきり (意思伝達・飲食可) <input type="checkbox"/> 13. ベッド寝たきり (意思伝達・飲食不可) <input type="checkbox"/> 14. 死亡
神経学的所見	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. ごく軽い徴候 <input type="checkbox"/> 3. 軽度障害 <input type="checkbox"/> 4. 中等度障害 <input type="checkbox"/> 5. 比較的高度障害 <input type="checkbox"/> 6. 高度障害
終日の十分な活動	<input type="checkbox"/> 1. 自分で出来る <input type="checkbox"/> 2. 出来るが最小限の補助が必要 <input type="checkbox"/> 3. 出来るが特別な設備が必要 <input type="checkbox"/> 4. 出来ない
視覚の重症度分類	
視力・視野	<input type="checkbox"/> 0度 障害なし <input type="checkbox"/> I度 矯正視力 0.7 以上かつ視野狭窄なし <input type="checkbox"/> II度 矯正視力 0.7 以上、視野狭窄あり <input type="checkbox"/> III度 矯正視力 0.7 未満、0.2 以上 <input type="checkbox"/> IV度 矯正視力 0.2 未満

■ 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
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。