

014 慢性炎症性脱髄性多発神経炎／多巣性運動ニューロパチー

■ 行政記載欄

受給者番号	<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"/>							
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. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎	<input type="checkbox"/> 2. 多巣性運動ニューロパチー
---	--

A. 臨床所見

診察を行った年月日	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
反射	
腱反射低下・消失	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	部位 <input type="checkbox"/> 1. 右上肢 <input type="checkbox"/> 2. 右下肢 <input type="checkbox"/> 3. 左上肢 <input type="checkbox"/> 4. 左下肢
筋力	
筋力低下	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	部位 <input type="checkbox"/> 1. 右上肢 <input type="checkbox"/> 2. 右下肢 <input type="checkbox"/> 3. 左上肢 <input type="checkbox"/> 4. 左下肢
	<input type="checkbox"/> 5. 脳神経領域
筋萎縮	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	部位 <input type="checkbox"/> 1. 右上肢 <input type="checkbox"/> 2. 右下肢 <input type="checkbox"/> 3. 左上肢 <input type="checkbox"/> 4. 左下肢

感覚	
感覚鈍麻	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	部位 <input type="checkbox"/> 1. 右上肢 <input type="checkbox"/> 2. 右下肢 <input type="checkbox"/> 3. 左上肢 <input type="checkbox"/> 4. 左下肢 <input type="checkbox"/> 5. 脳神経領域

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

1. 末梢神経伝導検査*				
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		
正中 : median	左右	<input type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左	伝導速度	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m/s
	遠位潜時	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ms	振幅	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mV
	伝導ブロック	<input type="checkbox"/> 1. + <input type="checkbox"/> 2. -	時間的分散	<input type="checkbox"/> 1. + <input type="checkbox"/> 2. -
	F波欠如または最短潜時の延長		<input type="checkbox"/> 1. + <input type="checkbox"/> 2. -	
尺骨 : ulnar	左右	<input type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左	伝導速度	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m/s
	遠位潜時	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ms	振幅	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mV
	伝導ブロック	<input type="checkbox"/> 1. + <input type="checkbox"/> 2. -	時間的分散	<input type="checkbox"/> 1. + <input type="checkbox"/> 2. -
	F波欠如または最短潜時の延長		<input type="checkbox"/> 1. + <input type="checkbox"/> 2. -	
脛骨 : tibial	左右	<input type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左	伝導速度	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m/s
	遠位潜時	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ms	振幅	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mV
	伝導ブロック	<input type="checkbox"/> 1. + <input type="checkbox"/> 2. -	時間的分散	<input type="checkbox"/> 1. + <input type="checkbox"/> 2. -
	F波欠如または最短潜時の延長		<input type="checkbox"/> 1. + <input type="checkbox"/> 2. -	

その他	左右	<input type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左	運動・感覚	<input type="checkbox"/> 1. 運動 <input type="checkbox"/> 2. 感覚
	伝導速度	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m/s	遠位潜時	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ms
	振幅	<input type="checkbox"/> 1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mV		
		<input type="checkbox"/> 2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> μV		
	伝導ブロック	<input type="checkbox"/> 1. + <input type="checkbox"/> 2. -	時間的分散	<input type="checkbox"/> 1. + <input type="checkbox"/> 2. -
	F波欠如または最短潜時の延長		<input type="checkbox"/> 1. + <input type="checkbox"/> 2. -	

2. 脳脊髄液所見

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		
細胞数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /mm ³	蛋白	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	

3. MRI による神経根・神経叢・馬尾造影所見

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		
異常所見の有無	<input type="checkbox"/> 1. 肥厚所見あり <input type="checkbox"/> 2. 造影効果所見あり <input type="checkbox"/> 3. 異常所見なし			

4. 神経生検所見

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		
種類	<input type="checkbox"/> 1. 周膜下浮腫 <input type="checkbox"/> 2. 節性脱髄 <input type="checkbox"/> 3. 有髄線維脱落 <input type="checkbox"/> 4. Onion-bulb			

5. 血液生化学所見

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	

単クローン血症 (免疫電気泳動もしくは固定法による) の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未検
--------------------------------	--

*脱髄を示唆する所見 (①伝導速度の低下、②伝導ブロックまたは時間的分散の存在、③遠位潜時の延長、④F波欠如または最短潜時の延長の少なくともひとつ) がみられることを記載した神経伝導検査レポートまたはそれと同内容の文書の写し (判読医の氏名の記載されたもの) を添付すること。

C. 鑑別診断（新規登録時のみ記載）

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											
次の疾患に伴う末梢神経障害 （該当疾患を選択）	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. 糖尿病</td> <td><input type="checkbox"/> 2. アミロイドーシス</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. 膠原病</td> <td><input type="checkbox"/> 4. 血管炎</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5. 固形癌</td> <td><input type="checkbox"/> 6. 悪性リンパ腫</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7. 多発性骨髄腫</td> <td><input type="checkbox"/> 8. POEMS 症候群</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 9. サルコイドーシス</td> <td><input type="checkbox"/> 10. HIV 感染症</td> </tr> </table> *5 を選択の場合、以下に記入		<input type="checkbox"/> 1. 糖尿病	<input type="checkbox"/> 2. アミロイドーシス	<input type="checkbox"/> 3. 膠原病	<input type="checkbox"/> 4. 血管炎	<input type="checkbox"/> 5. 固形癌	<input type="checkbox"/> 6. 悪性リンパ腫	<input type="checkbox"/> 7. 多発性骨髄腫	<input type="checkbox"/> 8. POEMS 症候群	<input type="checkbox"/> 9. サルコイドーシス	<input type="checkbox"/> 10. HIV 感染症
<input type="checkbox"/> 1. 糖尿病	<input type="checkbox"/> 2. アミロイドーシス											
<input type="checkbox"/> 3. 膠原病	<input type="checkbox"/> 4. 血管炎											
<input type="checkbox"/> 5. 固形癌	<input type="checkbox"/> 6. 悪性リンパ腫											
<input type="checkbox"/> 7. 多発性骨髄腫	<input type="checkbox"/> 8. POEMS 症候群											
<input type="checkbox"/> 9. サルコイドーシス	<input type="checkbox"/> 10. HIV 感染症											
薬物への暴露による末梢神経障害	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. あり</td> <td><input type="checkbox"/> 2. なし</td> <td><input type="checkbox"/> 3. 不明</td> </tr> <tr> <td>薬剤名</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明	薬剤名						
<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明										
薬剤名												
毒物への暴露による末梢神経障害	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. あり</td> <td><input type="checkbox"/> 2. なし</td> <td><input type="checkbox"/> 3. 不明</td> </tr> <tr> <td>毒物名</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明	毒物名						
<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明										
毒物名												
ビタミンなどの栄養障害などによる末梢神経障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明											
末梢神経障害を起こす遺伝性疾患	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. あり</td> <td><input type="checkbox"/> 2. なし</td> <td><input type="checkbox"/> 3. 不明</td> </tr> <tr> <td>続柄</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>疾患名</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明	続柄			疾患名			
<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明										
続柄												
疾患名												
その他の疾患による末梢神経障害の鑑別診断の可否	<input type="checkbox"/> 1. 鑑別できる <input type="checkbox"/> 2. 鑑別できない											

<診断のカテゴリー>

以下の1～3を認め、4～7のうち1つを満たし、支持的診断所見で疾患を区別できる	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
<input type="checkbox"/> 1. 2か月以上の経過の寛解・増悪を繰り返すか慢性進行性をとる多発ニューロパチー		
<input type="checkbox"/> 2. ■発症と経過1. に該当する		
<input type="checkbox"/> 3. B-1. で2本以上の運動神経において脱髄を示唆する所見を示す		
<input type="checkbox"/> 4. B-2. で蛋白増加を認め細胞数が10/mm ³ 未満である		
<input type="checkbox"/> 5. B-3. で神経根あるいは馬尾の肥厚または造影所見がある		
<input type="checkbox"/> 6. B-4. で脱髄を示唆する所見がある		
<input type="checkbox"/> 7. ■治療その他1. ～4. などにより改善を示した病歴がある		

支持的診断所見

<input type="checkbox"/> 1. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎（以下の1～3を認める）
<input type="checkbox"/> 2. 多巣性運動ニューロパチー（以下の1～3を認める）
1. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎
<input type="checkbox"/> 1. 末梢神経伝導検査による感覚神経における異常所見
<input type="checkbox"/> 2. 体性誘発電位における異常所見
<input type="checkbox"/> 3. 免疫療法（ステロイド薬、血漿浄化療法、免疫グロブリン静注療法）により改善を示した病歴
2. 多巣性運動ニューロパチー
<input type="checkbox"/> 1. 球麻痺を含む脳神経症状・上位運動ニューロン徴候がない
<input type="checkbox"/> 2. 血清における抗GM1 IgM抗体が陽性
<input type="checkbox"/> 3. 免疫療法（免疫グロブリン静注療法）により改善を示した病歴

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

1. 多発ニューロパチーを説明できる明らかな基礎疾患、 薬物使用、毒物への暴露がなく、類似疾患の遺伝歴がない（新規）		<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
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		
	再発回数	<input type="text"/>	<input type="text"/> 回
慢性進行性の場合	発症から症状のピークまでの期間		
	<input type="checkbox"/> 1. 2か月以内 <input type="checkbox"/> 2. 2～6か月 <input type="checkbox"/> 3. 6～12か月 <input type="checkbox"/> 4. 12か月以上（慢性進行性を含む）		

■ 治療その他

1. 血漿浄化療法			
使用の有無	<input type="checkbox"/> 1. 使用 <input type="checkbox"/> 2. 未使用		
	種類	<input type="checkbox"/> 1. 血漿交換 <input type="checkbox"/> 2. 免疫吸着 <input type="checkbox"/> 3. 二重膜濾過	
客観的な効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明		
2. ステロイド療法			
使用の有無	<input type="checkbox"/> 1. 経口 <input type="checkbox"/> 2. パルス <input type="checkbox"/> 3. 未使用		
客観的な効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明		
3. 免疫グロブリン静注療法			
使用の有無	<input type="checkbox"/> 1. 使用 <input type="checkbox"/> 2. 未使用		
客観的な効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明		
4. その他の治療法			
使用の有無	<input type="checkbox"/> 1. 使用 <input type="checkbox"/> 2. 未使用		
	種類		
客観的な効果	<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

Barthel Index	
食事	<input type="checkbox"/> 1. 自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える（10点） <input type="checkbox"/> 2. 部分介助（たとえば、おかずを切って細かくしてもらう）（5点） <input type="checkbox"/> 3. 全介助（0点）

車椅子からベッドへの移動	<input type="checkbox"/> 1. 自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む(歩行自立も含む) (15 点) <input type="checkbox"/> 2. 軽度の部分介助または監視を要する (10 点) <input type="checkbox"/> 3. 座ることは可能であるがほぼ全介助 (5 点) <input type="checkbox"/> 4. 全介助または不可能 (0 点)
整容	<input type="checkbox"/> 1. 自立 (洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り) (5 点) <input type="checkbox"/> 2. 部分介助または不可能 (0 点)
トイレ動作	<input type="checkbox"/> 1. 自立 (衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを 使用している場合はその洗浄も含む) (10 点) <input type="checkbox"/> 2. 部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する (5 点) <input type="checkbox"/> 3. 全介助または不可能 (0 点)
入浴	<input type="checkbox"/> 1. 自立 (5 点) <input type="checkbox"/> 2. 部分介助または不可能 (0 点)
歩行	<input type="checkbox"/> 1. 45m 以上の歩行、補装具 (車椅子、歩行器は除く) の 使用の有無は問わず (15 点) <input type="checkbox"/> 2. 45m 以上の介助歩行、歩行器の使用を含む (10 点) <input type="checkbox"/> 3. 歩行不能の場合、車椅子にて 45m 以上の操作可能 (5 点) <input type="checkbox"/> 4. 上記以外 (0 点)
階段昇降	<input type="checkbox"/> 1. 自立、手すりなどの使用の有無は問わない (10 点) <input type="checkbox"/> 2. 介助または監視を要する (5 点) <input type="checkbox"/> 3. 不能 (0 点)
着替え	<input type="checkbox"/> 1. 自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む (10 点) <input type="checkbox"/> 2. 部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える (5 点) <input type="checkbox"/> 3. 上記以外 (0 点)

排便コントロール	<input type="checkbox"/> 1. 失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能 (10点) <input type="checkbox"/> 2. ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む (5点) <input type="checkbox"/> 3. 上記以外 (0点)
排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 1. 失禁なし、収尿器の取り扱いも可能 (10点) <input type="checkbox"/> 2. ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む (5点) <input type="checkbox"/> 3. 上記以外 (0点)
合計点数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /100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"/>											
医療機関所在地												
電話番号	<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。