

016 クロウ・深瀬症候群

■ 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（診断書作成時点）

理学所見		
身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	
症状		
① 多発ニューロパチー	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明	
② 浮腫	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
③ 皮膚異常	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	ありの場合	
	<input type="checkbox"/> 1. 色素沈着 <input type="checkbox"/> 2. 剛毛 <input type="checkbox"/> 3. 血管腫 <input type="checkbox"/> 4. 皮膚硬化 <input type="checkbox"/> 5. チアノーゼ <input type="checkbox"/> 6. 爪床蒼白 <input type="checkbox"/> 7. その他	
ニューロパチーの重症度	<input type="checkbox"/> 1. 独歩 <input type="checkbox"/> 2. 介助歩行（杖・装具等使用） <input type="checkbox"/> 3. 歩行不能	
	発症から要介助までの期間	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	単位	<input type="checkbox"/> 1. か月 <input type="checkbox"/> 2. 年

Performance status	
<input type="checkbox"/>	1.0 : 無症状で社会的活動ができ、制限をうけることなく発病前と同等にふるまえる
<input type="checkbox"/>	2.1 : 軽度の症状があり、肉体労働は制限をうけるが、歩行、軽労働や座業はできる
<input type="checkbox"/>	3.2 : 歩行や身の回りのことはできるが、時に少し介助がいることもある。軽作業はできないが、日中 50%以上は起居している
<input type="checkbox"/>	4.3 : 身の回りのことはある程度できるが、しばしば介助がいり、日中の 50%以上は就床している
<input type="checkbox"/>	5.4 : 重症ハンディキャップあり : 生活の自立は確実に困難だが常に見守りは要さないレベル
<input type="checkbox"/>	6.5 : 身の回りのこともできず、常に介助がいり、終日就床を必要としている

B. 検査所見 (診断書作成時点) *小数点も1文字として記入する

VEGF	① 血清 VEGF 値 1000 pg/mL 以上		<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明	
	VEGF 値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL				
		測定条件	<input type="checkbox"/> 1. 血漿	<input type="checkbox"/> 2. 血清	<input type="checkbox"/> 3. 不明	
		測定時期	<input type="checkbox"/> 1. 治療前	<input type="checkbox"/> 2. 治療後	<input type="checkbox"/> 3. 不明	
単クローン性 形質細胞異常	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明					
	② M 蛋白	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明				
		測定条件	<input type="checkbox"/> 1. 電気泳動 <input type="checkbox"/> 2. 免疫固定			
		試料	<input type="checkbox"/> 1. 血清 <input type="checkbox"/> 2. 尿			
		種類	<input type="checkbox"/> 1. IgG <input type="checkbox"/> 2. IgA <input type="checkbox"/> 3. IgM <input type="checkbox"/> 4. Bence-Jones 蛋白 <input type="checkbox"/> 5. その他			
		軽鎖	<input type="checkbox"/> 1. λ <input type="checkbox"/> 2. κ			
	遊離軽鎖濃度	<input type="checkbox"/> 1. 施行 *1 を選択の場合、以下に数値を記入 <input type="checkbox"/> 2. 未施行				
κ 型		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/L				
λ 型		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/L				
	κ/λ 比	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				

単クローン性 形質細胞異常	骨髄穿刺所見 (新規)	<input type="checkbox"/> 1. 施行 <input type="checkbox"/> 2. 未施行	
	形質細胞	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
	骨髄生検所見 (新規)	<input type="checkbox"/> 1. 施行 *1を選択の場合、以下に記入 <input type="checkbox"/> 2. 未施行	
	所見		
③ 骨硬化性病変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	ありの 場合	個数	<input type="checkbox"/> 1. 単発 <input type="checkbox"/> 2. 多発
		性状	<input type="checkbox"/> 1. 硬化 <input type="checkbox"/> 2. 融解 <input type="checkbox"/> 3. 混合
神経伝導検査	<input type="checkbox"/> 1. 施行 <input type="checkbox"/> 2. 未施行		
	<input type="checkbox"/> 1. 神経伝導速度低下あり <input type="checkbox"/> 2. 正常		
④ キャッスルマン病	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
⑤ 臓器腫大	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	<input type="checkbox"/> 1. 肝臓 <input type="checkbox"/> 2. 脾臓 <input type="checkbox"/> 3. リンパ節 <input type="checkbox"/> 4. その他		
⑥ 胸・腹・心嚢水	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	ありの場合	<input type="checkbox"/> 1. 胸水 <input type="checkbox"/> 2. 腹水 <input type="checkbox"/> 3. 心嚢水	
⑦ 内分泌異常	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	ありの場合	<input type="checkbox"/> 1. 性腺 <input type="checkbox"/> 2. 副腎 <input type="checkbox"/> 3. 下垂体 <input type="checkbox"/> 4. 膵臓機能	
		<input type="checkbox"/> 5. 甲状腺 <input type="checkbox"/> 6. 副甲状腺 <input type="checkbox"/> 7. その他	
⑧ 乳頭浮腫	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
肺高血圧	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	NYHA 心機能分類	<input type="checkbox"/> 1. I <input type="checkbox"/> 2. II <input type="checkbox"/> 3. III <input type="checkbox"/> 4. IV	
不整脈	<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		

血栓症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	ありの場合	<input type="checkbox"/> 1. 脳梗塞	<input type="checkbox"/> 2. 心筋梗塞
肥厚性硬膜炎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
カルシフィラキシス	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
血液・尿検査			
赤血球数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ×10 ⁴ /μL	赤血球増多	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
血小板数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ×10 ⁴ /μL	⑨ 血小板増多	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
血清クレアチニン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	血清クレアチニン上昇	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
尿蛋白	<input type="checkbox"/> 1. - <input type="checkbox"/> 2. ± <input type="checkbox"/> 3. + <input type="checkbox"/> 4. 2+ <input type="checkbox"/> 5. 3+		

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. 慢性炎症性脱髄性多発根ニューロパチー	<input type="checkbox"/> 2. アミロイドーシス		
<input type="checkbox"/> 3. 糖尿病神経障害	<input type="checkbox"/> 4. 血管炎		
<input type="checkbox"/> 5. サルコイドーシス	<input type="checkbox"/> 6. 多発性骨髄腫		

<診断のカテゴリー>

大基準の必須項目となる多発ニューロパチーの発症の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
<input type="checkbox"/> Definite : 大基準 (A①、B①、②) 3項目満たし、かつ小基準 (A②、③、B③~⑨) を1項目以上満たす <input type="checkbox"/> Probable : 大基準 (A①、B①) 2項目満たし、かつ小基準 (A②、③、B③~⑨) を1項目以上満たす <input type="checkbox"/> Possible : 大基準A①を満たし、かつ小基準 (A②、③、B③~⑨) を2項目以上満たす <input type="checkbox"/> いずれにも該当しない	

※ただし、B⑦の4および5については有病率が高いため単独の異常では小基準の1項目として採用しない

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

治療歴	
副腎皮質ステロイド	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	期間 西暦 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日 ~ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" 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
自己末梢血幹細胞移植	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	移植日 西暦 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" 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
免疫調整薬 (サリドマイドなど)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	種類
	期間 西暦 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日 ~ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" 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
プロテアソーム阻害薬	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	種類
	期間 西暦 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日 ~ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" 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

放射線療法	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	
	期間	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="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
その他	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	
	内容	
	期間	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="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	
現在の治療		
副腎皮質ステロイド	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	
	期間	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="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
自己末梢血幹細胞移植	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	
	移植日	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
免疫調整薬 (サリドマイドなど)	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	
	種類	
	期間	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="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	

プロテアソーム阻害薬	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	
	種類	
	期間	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="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
放射線療法	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	
	期間	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="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
その他	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	
	内容	
	期間	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="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

■ 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"/>	<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。