

017 多系統萎縮症

■ 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

病型分類(臨床分類)	<input type="checkbox"/> 1. オリーブ橋小脳萎縮症 <input type="checkbox"/> 2. 線条体黒質変性症 <input type="checkbox"/> 3. シャイ・ドレーガー症候群
病型分類(Gilman 分類)	<input type="checkbox"/> 1. MSA-C <input type="checkbox"/> 2. MSA-P

A. 症状

認知機能・精神症状				
幻覚 (非薬剤性)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	失語	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
失認	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	失行 (肢節運動失行以外)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
認知症・ 認知機能低下	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
脳神経				
眼球運動障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
	水平性	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	垂直性	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	核上性	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	核下性	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし

眼振	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
声帯麻痺	<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		
反射			
四肢の腱反射	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 低下 <input type="checkbox"/> 3. 亢進		
バビンスキー／チャドック徴候	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性		
運動系			
他人の手徴候／把握反射／反射性ミオクローヌスのいずれか			<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
睡眠時障害の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	ありの場合	<input type="checkbox"/> 1. 睡眠時喘鳴 <input type="checkbox"/> 2. 睡眠時無呼吸 <input type="checkbox"/> 3. REM 睡眠行動異常 (RBD)	
歩行、姿勢、協調運動			
前屈姿勢の有無	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. 軽度の前屈姿勢（高齢者では正常としてもおかしくない程度の前屈） <input type="checkbox"/> 3. 中等度の前屈姿勢 <input type="checkbox"/> 4. 高度の前屈姿勢、脊椎後彎を伴う。一側へ中等度に傾くこともある。 <input type="checkbox"/> 5. 異常前屈姿勢		
側屈／側弯姿勢の有無	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. 一側にやや傾くこともある <input type="checkbox"/> 3. 一側へ中等度に傾くこともある <input type="checkbox"/> 4. 脊椎後彎		
姿勢の安定性 (立ち直り反射障害と後方突進)	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. 突進現象があるが、自分で立ち直れる <input type="checkbox"/> 3. 突進現象があり、支えないと倒れる <input type="checkbox"/> 4. きわめて不安定で、何もしなくても倒れそうになる <input type="checkbox"/> 5. 介助なしには起立が困難		

椅子からの立ち上がり	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 可能だが遅い。一度でうまくいかないこともある <input type="checkbox"/> 3. 肘掛けに腕をついて立ち上がる必要がある <input type="checkbox"/> 4. 立ち上がろうとしても椅子に倒れ込むことがある。しかし最後には一人で立ち上がれる <input type="checkbox"/> 5. 立ち上がるには、介助が必要
歩行機能	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. つぎ足歩行はできるが正常ではない <input type="checkbox"/> 3. 自立歩行可能だがつぎ足歩行不可能 <input type="checkbox"/> 4. 介助歩行（杖、歩行器） <input type="checkbox"/> 5. 介助があっても歩けない
歩行障害	<input type="checkbox"/> 1. 失調性 <input type="checkbox"/> 2. パーキンソニズム <input type="checkbox"/> 3. 痙性 <input type="checkbox"/> 4. その他
小脳症候	
体幹失調	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
筋トーン	<input type="checkbox"/> 1. 低下 <input type="checkbox"/> 2. ふつう <input type="checkbox"/> 3. 亢進
指-鼻試験	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 軽い動揺を認める <input type="checkbox"/> 3. 2相性の運動もしくは中等度の測定障害 <input type="checkbox"/> 4. 3相性以上の運動もしくは著明な測定障害 <input type="checkbox"/> 5. 鼻に到達しない、又は不能
踵-膝試験	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 運動分解を認める <input type="checkbox"/> 3. 軸方向にジャーク様運動を認める <input type="checkbox"/> 4. 側方にジャーク様運動を認める <input type="checkbox"/> 5. 強い側方へのジャーク様運動を伴う又は不能

パーキンソニズム			
安静時振戦	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. ごくわずかでたまに出現 <input type="checkbox"/> 3. 小さな振幅の振戦で持続的に出現しているか中等度の振幅で間歇的に出現する <input type="checkbox"/> 4. 中等度の振幅で大部分の時間出現している <input type="checkbox"/> 5. 大きな振幅の振戦が、大部分の時間出現している		
筋強剛	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. 軽微な固縮。または他の部位の随意運動で誘発される固縮 <input type="checkbox"/> 3. 軽度～中等度の固縮 <input type="checkbox"/> 4. 高度の固縮。しかし関節可動域は正常 <input type="checkbox"/> 5. 著明な固縮。正常可動域を動かすには困難を伴う		
不随意運動	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり		
	<input type="checkbox"/> ミオクローヌス <input type="checkbox"/> 舞踏運動 <input type="checkbox"/> ジスト <input type="checkbox"/> その他		
自律神経系			
頻尿	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	尿失禁	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
排尿障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	頑固な便秘	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
失神・眼前暗黒感	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	勃起障害 (男性のみ)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
起立性低血圧 (3分以内)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	臥位	収縮期 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg	拡張期 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg
	立位	収縮期 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg	拡張期 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg
発汗低下	<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

画像検査		
MRI/CT 検査	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	<input type="checkbox"/> 1. MRI <input type="checkbox"/> 2. CT	
	撮影日 西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月	
	異常の有無 <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	異常の部位	
	<input type="checkbox"/> 1. 小脳萎縮 <input type="checkbox"/> 2. 脳幹萎縮 (<input type="checkbox"/> a. 中脳被蓋 <input type="checkbox"/> b. 橋底部) <input type="checkbox"/> 3. 橋の異常信号 (十字サイン) <input type="checkbox"/> 4. 線条体萎縮又は異常信号 <input type="checkbox"/> 5. 第3脳室拡大 <input type="checkbox"/> 6. 大脳萎縮 <input type="checkbox"/> 7. 大脳白質病変 <input type="checkbox"/> 8. その他	
脳 PET/SPECT	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	<input type="checkbox"/> 1. PET <input type="checkbox"/> 2. SPECT	
	撮影日 西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月	
	異常の有無 <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	脳血流・糖代謝低下の部位	<input type="checkbox"/> 1. 小脳 <input type="checkbox"/> 2. 脳幹 <input type="checkbox"/> 3. 基底核 <input type="checkbox"/> 4. その他
	黒質線条体系シナプス前ドパミン障害の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし

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. 皮質性小脳萎縮症	<input type="checkbox"/> 2. 遺伝性脊髄小脳変性症
<input type="checkbox"/> 4. パーキンソン病	<input type="checkbox"/> 5. 皮質基底核変性症
<input type="checkbox"/> 7. レビー小体型認知症	<input type="checkbox"/> 8. 二次性パーキンソニズム
<input type="checkbox"/> 10. 自律神経ニューロパチー	<input type="checkbox"/> 9. 純粹自律神経不全症
<input type="checkbox"/> 3. 二次性小脳失調症	<input type="checkbox"/> 6. 進行性核上性麻痺

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> Definite MSA : 病理学的に確定診断されたもの
<input type="checkbox"/> Probable MSA : 以下の1あるいは2に3を伴う
<input type="checkbox"/> 1. レボドパに反応性の乏しいパーキンソニズム (筋強剛を伴う運動緩慢、振戦もしくは姿勢反射障害) <input type="checkbox"/> 2. 小脳症候 (歩行失調、小脳性構音障害、小脳性眼球運動障害、四肢運動失調) <input type="checkbox"/> 3. 自律神経障害 (抑制困難な尿失禁、残尿などの排尿力低下、勃起障害を伴う、起立後3分以内に収縮期血圧が30mmHgもしくは拡張期血圧が15mmHg以上下降のうち1つを認める)
<input type="checkbox"/> Possible MSA : 以下の1+3+4あるいは2+3+4
<input type="checkbox"/> 1. パーキンソニズム (筋強剛を伴う運動緩慢、振戦もしくは姿勢反射障害) <input type="checkbox"/> 2. 小脳症候 (歩行失調、小脳性構音障害、小脳性眼球運動障害、四肢運動失調) <input type="checkbox"/> 3. 自律神経症候 (Probableの基準に満たない程度の起立性低血圧や排尿障害、睡眠時喘鳴、睡眠時無呼吸、もしくは勃起不全) <input type="checkbox"/> 4. 錐体路徴候が陽性もしくは B. 検査所見で異常を認める
<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

■ 発症と経過

初発症状 (新規)			
運動失調	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
パーキンソニズム	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
自律神経障害	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
初発症状 (自由記載) *50文字以内かつ3行以内			

発病様式	<input type="checkbox"/> 1. 緩徐	<input type="checkbox"/> 2. 亜急性	<input type="checkbox"/> 3. 急性	<input type="checkbox"/> 4. その他
経過	<input type="checkbox"/> 1. 進行性	<input type="checkbox"/> 2. 進行後停	<input type="checkbox"/> 3. 軽快	<input type="checkbox"/> 4. その他

■ 治療その他

治療				
セレジスト	<input type="checkbox"/> 1. 使用 <input type="checkbox"/> 2. 未使用			
	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
ヒルトニン	<input type="checkbox"/> 1. 使用 <input type="checkbox"/> 2. 未使用			
	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
抗パーキンソン薬				
L-DOPA 製剤	<input type="checkbox"/> 1. 使用 <input type="checkbox"/> 2. 未使用			
	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
ドパミン受容体刺激剤	<input type="checkbox"/> 1. 使用 <input type="checkbox"/> 2. 未使用			
	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
塩酸アマンタジン	<input type="checkbox"/> 1. 使用 <input type="checkbox"/> 2. 未使用			
	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
抗コリン剤	<input type="checkbox"/> 1. 使用 <input type="checkbox"/> 2. 未使用			
	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
MAO-B 阻害剤	<input type="checkbox"/> 1. 使用 <input type="checkbox"/> 2. 未使用			
	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
ドロキシドーパ	<input type="checkbox"/> 1. 使用 <input type="checkbox"/> 2. 未使用			
	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	*薬剤名を 右に記入	
	<input type="checkbox"/> 1. 使用 <input type="checkbox"/> 2. 未使用	
	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
経管栄養	<input type="checkbox"/> 1. 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 2. 胃瘻・腸瘻 <input type="checkbox"/> 3. 未施行	
	導入日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
経静脈栄養	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	導入日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
非侵襲的陽圧換気 (BiPAP 等)	<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. 未施行	
気管切開	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	導入日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
気管切開＋人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 1. 装着 <input type="checkbox"/> 2. 未装着	
	導入日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月

■ 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

- 0. 症候なし
- 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
- 2. 食物形態の工夫や、食事時の道具の工夫を必要とする
- 3. 食事・栄養摂取に何らかの介助を要する
- 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
- 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"/>											
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。