

023 プリオン病

■ 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

職業歴	
食品嗜好歴	
手術の既往歴	
脳の手術歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	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
	病名
脊髄の手術歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	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
	病名

その他の臓器移植・ 製剤による治療歴	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	
	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
	病名	
	治療の種類	<input type="checkbox"/> 1.角膜移植 <input type="checkbox"/> 2.成長ホルモン剤 <input type="checkbox"/> 3.その他
	製品名	
手術以外の既往歴		
インプラント (歯科)	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	
	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
	病名	
輸血歴	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	
	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
	病名	
鍼治療歴	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	
	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
	病名	

内視鏡治療歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	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
	病名	
その他の既往歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	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
	病名	
接触歴		
他のプリオン病患者 (組織等) との接触歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	内容	
職業的な動物との 接触歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	動物の種類	<input type="checkbox"/> 1. 牛 <input type="checkbox"/> 2. 羊 <input type="checkbox"/> 3. 山羊 <input type="checkbox"/> 4. 豚 <input type="checkbox"/> 5. 馬 <input type="checkbox"/> 6. その他
	動物との接触の種類	<input type="checkbox"/> 1. と畜・食肉処理等 <input type="checkbox"/> 2. 畜産 <input type="checkbox"/> 3. その他動物と接触する職業
海外渡航歴		
イギリスへの渡航歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	時期	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
	期間	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年
		<input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> か月
<input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 週間		

イギリスを除く EU 諸国への渡航歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	時期	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
	期間	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年
		<input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> か月
<input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 週間		

A. 症状

視覚異常	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	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
感覚異常 (遷延性の痛みを伴う感覚障害)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	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
錐体路徴候	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	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
運動失調 (小脳症状(ふらつき歩行を含む) の有無)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	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
錐体外路徴候	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	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
ミオクローヌス	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	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
舞踏運動	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	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
ジストニア	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	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

進行性認知症または意識障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	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
交感神経興奮状態	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	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
小脳失調	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	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
精神症候	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	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
無動・無言状態	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	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
進行性不眠	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	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
痙性対麻痺	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	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

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

脳波検査			
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
PSDの有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
基礎律動の徐波化の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		

画像検査			
CT /MRI 検査の実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施		
	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	
	MRI 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	
脳萎縮の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
両側対称性の視床枕の高信号	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
diffusion または FLAIR での高信号の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
脳脊髄液検査			
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	
細胞数の正・増	<input type="checkbox"/> 1. 正 <input type="checkbox"/> 2. 増		
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / μ L	基準値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ~ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / μ L
蛋白量	<input type="checkbox"/> 1. 正 <input type="checkbox"/> 2. 増		
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	基準値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ~ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
NSE	<input type="checkbox"/> 1. 正 <input type="checkbox"/> 2. 増		
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/dL		
	基準値	<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"/> ng/dL	
総タウ蛋白	<input type="checkbox"/> 1. 正 <input type="checkbox"/> 2. 増		
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL	基準値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ~ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL
14-3-3 蛋白	<input type="checkbox"/> 1. 正 <input type="checkbox"/> 2. 増		
口蓋扁桃生検	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施		
	異常プリオンの有無	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性	

C. 遺伝学的検査

遺伝子検査の実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施	<input type="checkbox"/> 2. 非実施
プリオン蛋白遺伝子		
<input type="checkbox"/> 1. 多型		
<input type="checkbox"/> a. コドン 129 多型	(<input type="checkbox"/> Met/Met	<input type="checkbox"/> Met/Val <input type="checkbox"/> Val/Val)
<input type="checkbox"/> b. コドン 219 多型	(<input type="checkbox"/> Glu/Glu	<input type="checkbox"/> Glu/Lys <input type="checkbox"/> Lys/Lys)
<input type="checkbox"/> 2. 変異		
<input type="checkbox"/> a. コドン 178	<input type="checkbox"/> b. その他の変異 *bを選択の場合、以下に記入	<input type="checkbox"/> c. なし

D. 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. アルツハイマー型認知症	<input type="checkbox"/> 2. 血管性認知症	<input type="checkbox"/> 3. 脊髄小脳変性症	
<input type="checkbox"/> 4. パーキンソン認知症症候群	<input type="checkbox"/> 5. 認知症を伴う運動ニューロン疾患		
<input type="checkbox"/> 6. ピック病	<input type="checkbox"/> 7. 単純ヘルペス等のウイルス性脳炎		
<input type="checkbox"/> 8. 脳原発性リンパ腫	<input type="checkbox"/> 9. 代謝性脳症・低酸素脳症		
<input type="checkbox"/> 10. てんかん重積状態	<input type="checkbox"/> 11. 橋本脳症	<input type="checkbox"/> 12. その他の病因による認知症	

<診断のカテゴリー> ※(1)~(4) はそれぞれいずれかを必ず選択すること

最終診察日	<input type="checkbox"/> 1. 実施		<input type="checkbox"/> 2. 未実施					
	診察日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月
(1) 孤発性 クロイツフェルト・ ヤコブ病 (sCJD)	<input type="checkbox"/> 1. Definite		<input type="checkbox"/> 2. Probable		<input type="checkbox"/> 3. Possible		<input type="checkbox"/> 4. 該当しない	
(2) 遺伝性プリオン病	<input type="checkbox"/> 1. Definite		<input type="checkbox"/> 2. Probable		<input type="checkbox"/> 3. Possible		<input type="checkbox"/> 4. 該当しない	
	臨床病型	<input type="checkbox"/> 1. 家族性 CJD <input type="checkbox"/> 2. ゲルストマン・ストロイスラー・シャインカー病 (GSS) <input type="checkbox"/> 3. 致死性家族性不眠症 (FFI) <input type="checkbox"/> 4. その他						

(3) 獲得性プリオン病	<input type="checkbox"/> 1. Definite <input type="checkbox"/> 2. Probable <input type="checkbox"/> 3. Possible <input type="checkbox"/> 4. 該当しない	
	病型	<input type="checkbox"/> 1. 医原性クロイツフェルト・ヤコブ病 <input type="checkbox"/> 2. 変異型クロイツフェルト・ヤコブ病 (vCJD) <input type="checkbox"/> 3. その他
	医原性 クロイツフェルト・ ヤコブ病の種類	<input type="checkbox"/> 1. 硬膜移植 <input type="checkbox"/> 2. 角膜移植 <input type="checkbox"/> 3. その他
(4) その他： プリオン病の診断基準 には合致しないが、 プリオン病の可能性が ある例	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 該当しない	
	所見	

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)						
経過						
経過	<input type="checkbox"/> 1. 進行性	<input type="checkbox"/> 2. 進行後停止	<input type="checkbox"/> 3. 軽快			
	<input type="checkbox"/> 4. 経過が6か月以上			<input type="checkbox"/> 5. その他		
最近の経過	<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

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 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
鼻腔栄養	<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 <input type="text"/> <input type="text"/> 日

胃瘻	<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 <input type="text"/> <input type="text"/> 日

■ 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
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。