

## 026 HTLV-1 関連脊髄症

## ■ 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"/> | 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"/>  |   |   |   |        |   |   |               |
| 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<br>(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)<br><input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方)<br><input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ<br><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<br><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<br><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<br><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<br><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. 主要所見

|          |   |  |   |
|----------|---|--|---|
| 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 |
| 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 | 両下肢の痙性麻痺   | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし |
| 膀胱障害     | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし | 直腸障害   | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし |

|          |   |   |   |
|----------|---|---|---|
| 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 |   |
| しびれ感     | <input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし | 精神症状  | <input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし |
| 下半身の発汗障害 | <input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし | インポテンツ  | <input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし |
| 合併症      |   |   |   |
| ぶどう膜炎    | <input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし |   |   |
| 肺病変      | <input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし |   |   |
|          | 疾患名   |   |   |
| 褥瘡       | <input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし | 圧迫骨折  | <input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし |
| その他      | <input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし |   |   |
|          | 疾患名   |   |   |

**B. 検査所見** \*小数点も1文字として記入する

|      |  |  |
|------|--|--|
| 血液検査 | <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 |
|      | 抗 HTLV-1 抗体  | <input type="checkbox"/> 1.陽性 <input type="checkbox"/> 2.陰性 <input type="checkbox"/> 3.未検査   |
|      | ウイルス量  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> コピー/100 PBMC  |
|      | 白血球  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / $\mu$ L  |
|      | リンパ球   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %  |
|      | 異常リンパ球   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %  |
|      | 可溶性 IL-2 受容体   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> U/mL   |

|      |  |  |
|------|--|--|
| 髄液検査 | <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 |
|      | 抗 HTLV-1 抗体  | <input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. 未検査  |
|      | タンパク質  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL  |
|      | 細胞数  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 個/ $\mu$ L   |
|      | Oligoclonal IgG Band   | <input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施 <input type="checkbox"/> 3. 不明  |
|      | IgG index  |  |

**C. 鑑別診断**

|   |   |
|---|---|
| 以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。<br>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. 遺伝性痙性脊髄麻痺   | <input type="checkbox"/> 2. 他の脊髄炎 <input type="checkbox"/> 3. 圧迫性脊髄障害                             |
| <input type="checkbox"/> 4. 脊髄腫瘍        | <input type="checkbox"/> 5. 多発性硬化症 <input type="checkbox"/> 6. 視神経脊髄炎                             |
| <input type="checkbox"/> 7. 亜急性連合性脊髄変性症 | <input type="checkbox"/> 8. 脊髄小脳変性症 <input type="checkbox"/> 9. スモン                               |

**<診断のカテゴリー>**

|  |  |
|--|--|
| 下記の全てを満たす  | <input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 |
| <input type="checkbox"/> 両下肢の痙性麻痺 <input type="checkbox"/> 抗 HTLV-1 抗体が血清および髄液で陽性 <input type="checkbox"/> 鑑別診断で、全て除外可 |  |

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) |                                |                                |                                |
| 排尿障害     | <input type="checkbox"/> 1. あり | <input type="checkbox"/> 2. なし | <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| しびれ感     | <input type="checkbox"/> 1. あり | <input type="checkbox"/> 2. なし | <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| 感覚鈍麻     | <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 (自由記載)<br>*50 文字以内かつ<br>3 行以内 |   |
| 経過(新規)                             |   |
| 進行度                                | 発症 2 年以内で階段昇降に手すり必要 (Osame Grade 4) に進行<br><input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| 経過 (自由記載)<br>*50 文字以内かつ<br>3 行以内   |   |
| 経過(更新)                             |   |
| 経過 (自由記載)<br>*50 文字以内かつ<br>3 行以内   |   |

■ 治療その他

|                   |  |
|-------------------|--|
| インターフェロン $\alpha$ |  |
| 投与の有無             | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明                                     |
|                   | 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 |
| 副腎皮質ステロイド         |  |
| 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                                     |
|                   | 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 |
| 経口投与の有無           | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明                                     |
|                   | 種類   |
|                   | 最大投与量 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日              |
|                   | 現在の投与量 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/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 |

| 免疫抑制剤     |   |
|-----------|---|
| 投与の有無     | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明  |
|           | 薬剤名   |
|           | 最大投与量 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日  |
|           | 現在の投与量 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/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          |
| 血液浄化療法    |   |
| 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      | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明  |
|           | 薬剤名   |
|           | 最大投与量 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日  |
|           | 現在の投与量 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/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          |
| 薬剤 2      | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明  |
|           | 薬剤名   |
|           | 最大投与量 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日  |
|           | 現在の投与量 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/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

| 運動機能障害重症度 Osame Grade                                 |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 0. 歩行・走行ともに異常を認めない           | <input type="checkbox"/> 1. 走るスピードが遅い          |
| <input type="checkbox"/> 2. 歩行異常(つまずき・膝のこわばり)         | <input type="checkbox"/> 3. かけ足不能              |
| <input type="checkbox"/> 4. 階段昇降に手すり必要                | <input type="checkbox"/> 5. 片手によるつたい歩き         |
| <input type="checkbox"/> 6. 片手によるつたい歩き不能・両手なら 10m 以上可 |  |
| <input type="checkbox"/> 7. 両手によるつたい歩き 5m 以上、10m 以内可  |  |
| <input type="checkbox"/> 8. 両手によるつたい歩き 5m 以内可         |  |
| <input type="checkbox"/> 9. 両手によるつたい歩き不能、四つんばい移動可     | <input type="checkbox"/> 10. 四つんばい移動不能、いざり等移動可 |
| <input type="checkbox"/> 11. 自力では移動不能、寝返り可            | <input type="checkbox"/> 12. 寝返り不能             |
| <input type="checkbox"/> 13. 足の指も動かさない                |  |

| 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)<br><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)<br><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)<br><input type="checkbox"/> 2. 軽度の部分介助または監視を要する (10 点)<br><input type="checkbox"/> 3. 座ることは可能であるがほぼ全介助 (5 点)<br><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)<br><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)<br><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)<br><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)<br><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）<br><input type="checkbox"/> 2. 45m以上の介助歩行、歩行器の使用を含む（10点）<br><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）<br><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）<br><input type="checkbox"/> 2. 介助または監視を要する（5点）<br><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）<br><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）<br><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）<br><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）<br><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）<br><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）<br><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<br><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<br><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<br><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<br><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"/> |                      |   |
| 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"/> | *ハイフンを除き、左詰めで記入      |   |
| 医師の氏名   |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      | 印<br>※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。