臨 床 調 査 個 人 票

☐ 新規 ☐ 更新

058　肥大型心筋症

■　行政記載欄

受給者番号	☐☐☐☐☐☐☐	判定結果	☐ 認定　☐ 不認定

■　基本情報

姓（かな）		名（かな）	
姓（漢字）		名（漢字）	
郵便番号	☐☐☐☐☐☐☐		
住所			
生年月日	西暦 ☐☐☐☐ 年 ☐☐ 月 ☐☐ 日		＊以降、数字は右詰めで記入
性別	☐ 1. 男　☐ 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	☐ 1. あり　☐ 2. なし　☐ 3. 不明		
	発症者続柄		
	☐ 1. 父　☐ 2. 母　☐ 3. 子　☐ 4. 同胞（男性） ☐ 5. 同胞（女性）　☐ 6. 祖父（父方）　☐ 7. 祖母（父方） ☐ 8. 祖父（母方）　☐ 9. 祖母（母方）　☐ 10. いとこ ☐ 11. その他　＊11 を選択の場合、以下に記入		
	続柄		
発症年月	西暦 ☐☐☐☐ 年 ☐☐ 月		

社会保障	
介護認定	☐ 1. 要介護　☐ 2. 要支援　☐ 3. なし
要介護度	☐ 1　☐ 2　☐ 3　☐ 4　☐ 5
生活状況	
移動の程度	☐ 1. 歩き回るのに問題はない　☐ 2. いくらか問題がある ☐ 3. 寝たきりである
身の回りの管理	☐ 1. 洗面や着替えに問題はない　☐ 2. いくらか問題がある ☐ 3. 自分でできない
ふだんの活動	☐ 1. 問題はない　☐ 2. いくらか問題がある ☐ 3. 行うことができない
痛み／不快感	☐ 1. ない　☐ 2. 中程度ある　☐ 3. ひどい
不安／ふさぎ込み	☐ 1. 問題はない　☐ 2. 中程度 ☐ 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

☐ a) 非閉塞性肥大型心筋症	☐ b) 閉塞性肥大型心筋症	☐ c) 心室中部閉塞性肥大型心筋症
☐ d) 心尖部肥大型心筋症	☐ e) 拡張相肥大型心筋症	

A．症状

自覚症状				
動悸（不整脈）	☐ 1. 安静時	☐ 2. 軽い日常労作時	☐ 3. 強い労作時	☐ 4. なし
呼吸困難	☐ 1. 安静時	☐ 2. 軽い日常労作時	☐ 3. 強い労作時	☐ 4. なし
胸痛	☐ 1. 安静時	☐ 2. 軽い日常労作時	☐ 3. 強い労作時	☐ 4. なし
胸部圧迫感	☐ 1. 安静時	☐ 2. 軽い日常労作時	☐ 3. 強い労作時	☐ 4. なし
易疲労感/ 全身倦怠感	☐ 1. 安静時	☐ 2. 軽い日常労作時	☐ 3. 強い労作時	☐ 4. なし
浮腫	☐ 1. あり	☐ 2. なし		
めまい	☐ 1. 安静時	☐ 2. 軽い日常労作時	☐ 3. 強い労作時	☐ 4. なし
失神	☐ 1. 安静時	☐ 2. 軽い日常労作時	☐ 3. 強い労作時	☐ 4. なし

身体所見			
検査年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日		
身長	□□□ cm	体重	□□□ kg
収縮期血圧	□□□ mmHg	拡張期血圧	□□□ mmHg
脈拍	□□□ 回/分	頸静脈怒張	□ 1. あり □ 2. なし
肝腫大	□ 1. あり □ 2. なし	チアノーゼ	□ 1. あり □ 2. なし
心音：III 音	□ 1. あり □ 2. なし	心音：IV 音	□ 1. あり □ 2. なし
心雑音	□ 1. あり ＊1 の場合、以下より選択 □ 2. なし		
	□ 収縮期 □ 拡張期		
肺ラ音	□ 1. あり □ 2. なし		
	肺ラ音の種類	□ 1. 乾性 □ 2. 湿性	

B．検査所見　＊小数点も１文字として記入する

1. 胸部 X 線			
検査年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日		
うっ血	□ 1. あり □ 2. なし	心胸比	□□ . □ %
胸水	□ 1. あり □ 2. なし		
その他（内容）			

2. 心電図（新規）			
□ 1. 実施 □ 2. 未実施			
検査年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日		
洞調律	□ 1. あり □ 2. なし	心拍数	□□□ 回/分
機軸度	□ ＋ □ － □□□ 度	上室期外収縮	□ 1. あり □ 2. なし
心房細動	□ 1. あり □ 2. なし	心房粗動	□ 1. あり □ 2. なし

心室期外収縮		□ 1. あり　□ 2. なし
	Lown 分類	□ 1. grade 0　□ 2. grade 1　□ 3. grade 2　□ 4. grade 3 □ 5. grade 4a　□ 6. grade 4b　□ 7. grade 5
心室頻拍		□ 1. あり　□ 2. なし
	持続性/ 非持続性	□ 1. 持続性 □ 2. 非持続性（3 連発以上で持続が 30 秒未満のもの）
伝導異常 （脚ブロックなど）		□ 1. あり　□ 2. なし
	種類	□ 1. SSS　□ 2. I 度房室ブロック　□ 3. II 度房室ブロック □ 4. III 度房室ブロック　□ 5. 右脚ブロック □ 6. 左脚ブロック　□ 7. 心室内伝導障害
ST-T 異常		□ 1. あり　□ 2. なし
	最大誘導	
	電位	□□□□ mV
左室側高電位		□ 1. あり　□ 2. なし
	SV1+RV5	□□□□ mV
R 波の減高		□ 1. あり　□ 2. なし
	RV5	□□□□ mV
異常 Q 波		□ 1. あり　□ 2. なし
	内容	
QRS 幅の延長		□ 1. あり　□ 2. なし
	QRS 時間	□□□□ msec
PQ 時間	□□□□ msec	QT 時間　□□□□ msec
SV1	□□□□ mV	
巨大陰性 T 波		□ 1. あり　□ 2. なし

心電図（更新）						
□ 1. 実施　　□ 2. 未実施						
検査年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日					
前回から変化した内容						

3. 心エコー図					
□ 1. 実施　　□ 2. 未実施					
検査年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日				
検査時の調律					
心拍数	□□□ 回/分				
左室内径	LVDd	□□□□ mm	左室壁厚	IVST	□□□□ mm
	LVDs	□□□□ mm		LVPWT	□□□□ mm
左室最大壁厚	□□□□ mm				
	部位				
左室駆出率の低下	□ 1. あり　　□ 2. なし				
	左室駆出率	□□.□ %			
左房径（LAD）	□□□□ mm				
下大静脈径 呼吸性変動の有無	□□□□ mm				
	□ 1. あり　　□ 2. なし				
壁運動異常	□ 1. あり　　□ 2. なし				
	部位				
僧帽弁逆流	□ 1. 軽度　　□ 2. 中等度　　□ 3. 高度				

僧帽弁輪部拡張早期運動速度の低下	□ 1. あり	□ 2. なし		
	Ea			
僧帽弁エコーの収縮期前方運動	□ 1. あり	□ 2. なし		
左室流入血流・僧帽弁輪速度	E	□□□□□ cm/s	A	□□□□□ cm/s
	E/A	□□□□	DcT	□□□□ ms
	E’	□□□□ cm/s	E/E’	□□□□
三尖弁逆流	□ 1. あり	□ 2. なし		
	圧較差（三尖弁逆流速度から求めた右室右房間圧較差）	□□□□□ mmHg		
心筋の限局性肥大	□ 1. あり	□ 2. なし		
	□ 心尖部の肥大	□ 非対称性中隔肥厚	□ 中隔・心尖部以外の肥厚	
狭窄部位	□ 1. あり	□ 2. なし		
	部位	□ 左室流出路	□ 左室中部	□ 右室流出路
	最大圧較差	□□□□ mmHg		

4. 心臓カテーテル検査（新規）				
□ 1. 実施	□ 2. 未実施			
検査年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日			
冠動脈造影所見（冠動脈狭窄の有無）	□ 1. 無	□ 2. 有		
	内容			
左室造影	□ 心室中隔の肥厚	□ 左室壁の肥厚	□ 心尖部肥大	□ 心尖部瘤
大動脈圧	収縮期	□□□□ mmHg	拡張期	□□□□ mmHg
	平均	□□□□ mmHg		

左室圧	収縮期	□□□□ mmHg	拡張期	□□□□ mmHg
	拡張末期圧			□□□□ mmHg
	左室-大動脈間圧較差			□□□□ mmHg
右室圧	収縮期	□□□□ mmHg	拡張期	□□□□ mmHg
	拡張 末期圧	□□□□ mmHg		
肺動脈圧	収縮期	□□□□ mmHg	拡張期	□□□□ mmHg
	平均	□□□□ mmHg		
肺動脈楔入圧(平均)	□□□□ mmHg		右房圧	□□□□ mmHg
Brockenbrough 現象	□ 1.あり		□ 2.なし	
心拍出量(CO)	□□□□ L/min		心係数(CI)	□□□□ L/min/m^2

5.心内膜下心筋生検（新規）

□ 1.正常　　□ 2.異常

内容	□ 肥大心筋細胞　□ 心筋線維化(線維瘢痕および間質線維化) □ 心筋細胞の錯綜配列　□ その他

6.心臓CT（新規）

□ 1.実施　　□ 2.未実施

検査年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日
左室駆出率	□□.□ %
CT所見の異常	□ 1.あり　□ 2.なし
	内容

7. 心臓MRI（新規）				
□ 1. 実施	□ 2. 未実施			
検査年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日			
遅延ガドリウム造影の異常有無	□ 1. あり	□ 2. なし		
	部位			
左室内腔拡大	□ 1. あり	□ 2. なし	左室駆出率	□□.□ %

8. 運動耐容能検査				
検査実施	□ 1. 実施	□ 2. 未実施		
	検査日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日		
検査プロトコール	□ 1. トレッドミル	□ 2. 自転車	□ 3. 6分間歩行	
ガス交換比 (R:VCO_2/ VO_2)				
最大Mets	□□□□ Mets			
最大心拍数	□□□□ /min	6分間歩行距離	□□□□ m	
peakVO_2	□□□□ mL/min/kg	嫌気性代謝閾値(AT)	□□□□ mL/min/kg	
運動耐容能検査所見の変化	□ 1. 変化あり	□ 2. 変化なし		
	所見			

9. 血液検査				
□ 1. 実施	□ 2. 未実施			
検査年月日	西暦 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日			
血球算定	白血球	□□□□□□ /μL		
	赤血球	□□□□ $\times 10^4$/μL		
	ヘモグロビン	□□□□ g/dL	ヘマトクリット	□□.□ %

血液生化学	クレアチンキナーゼ	□□□□□ IU/L			
	LDH	□□□□□ IU/L			
	空腹時血糖	□□□□ mg/dL	総蛋白	□□□□ g/dL	
	アルブミン	□□□□ g/dL			
	AST	□□□□□ IU/L			
	ALT	□□□□□ IU/L			
	γ-GTP	□□□□□ IU/L			
	クレアチニン	□□□□□ mg/dL			
	ALP	□□□□□ IU/L			
	BUN	□□□□ mg/dL	尿酸	□□□□ mg/dL	
	ナトリウム	□□□□ mEq/L	カリウム	□□□□ mEq/L	
	クロール	□□□□ mEq/L			
免疫	CRP	□□□□ mg/dL			
特殊	BNP	□□□□□□ pg/mL			
	NT-proBNP	□□□□□□ pg/mL			
	トロポニンT	□□□□□ ng/mL			
	トロポニンI	□□□□□ ng/L			

※新規申請時には、12誘導心電図（図中にキャリブレーションまたはスケールが表示されていること）　および心エコー図（実画像またはレポートのコピーにより診断に必要十分な所見が呈示されていること）の提出が必須である。

C．遺伝学的検査（新規）

遺伝子検査の実施	□ 1. 実施　□ 2. 未実施
□ 1. 心筋βミオシン重鎖遺伝子	□ 2. 心筋トロポニン遺伝子
□ 3. 心筋ミオシン結合蛋白C遺伝子	□ 4. その他

D．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。	☐ 1. 全て除外可　☐ 2. 除外不可　☐ 3. 不明

☐ 1. 高血圧性心疾患　☐ 2. 心臓弁膜疾患　☐ 3. 先天性心疾患　☐ 4. 虚血性心疾患

☐ 5. 内分泌性心疾患　☐ 6. 貧血　☐ 7. 肺性心　☐ 8. 特定心筋疾患

＊8 を選択の場合、以下より選択

☐ ①アルコール性心疾患、産褥心、原発性心内膜線維弾性症　☐ ②心筋炎

☐ ③神経・筋疾患に伴う心筋疾患

☐ ④膠原病（関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、皮膚筋炎・多発性筋炎、強皮症など）に伴う心筋疾患

☐ ⑤栄養性心疾患（脚気心など）

☐ ⑥代謝性疾患に伴う心筋疾患（ファブリー（Fabry）病、ヘモクロマトーシス、ポンペ（Pompe）病、ハーラー（Hurler）症候群、ハンター（Hunter）症候群など）

☐ ⑦その他（アミロイドーシス、サルコイドーシスなど）

＜診断のカテゴリー＞

1. B. 検査所見の画像診断により以下(a)～(e)いずれかの所見を認め、D．鑑別すべき疾患(D-1～8)を全て除外できる	☐ 1. 該当　☐ 2. 非該当

☐ (a)非閉塞性肥大型心筋症：心室中隔の肥大所見、非対称性中隔肥厚など心筋の限局性肥大やびまん性肥大

☐ (b)閉塞性肥大型心筋症：左室流出路狭窄所見、僧帽弁エコーの収縮期前方運動

☐ (c)心室中部閉塞性肥大型心筋症：左室中部狭窄所見

☐ (d)心尖部肥大型心筋症：心尖部肥大所見

☐ (e)拡張相肥大型心筋症：左室収縮低下と左室内腔拡張を認め、肥大型心筋症からの移行が確認されたもの

※またB-5 心内膜下心筋生検による所見、■発症と経過における家族性発生の確認、C．遺伝子診断を参考所見とする。

2. 新規申請の場合：上記１にて肥大型心筋症に該当し、 かつ指定難病認定には下記の大項目①～③を１つ以上満たす	☐ 1. 該当　☐ 2. 非該当

☐ 大項目①：発症と経過より「心不全や不整脈治療（ICD 植込みなど）による入院歴を有する」ことを確認

☐ 大項目②：重症度分類より「心不全の存在を有する」ことを確認（心不全症状 NYHA II 度以上かつ［（推定 METs 6 以下）or（peak VO_2＜20）］）

☐ 大項目③：以下の「突然死もしくは心不全のハイリスク因子を１つ以上有する」ことを確認

☐ 1)致死性不整脈の存在

☐ 2)失神・心停止の既往

☐ 3)肥大型心筋症による突然死もしくは心不全の家族歴を有する

☐ 4)運動負荷に伴う血圧低下(血圧上昇 25mmHg 未満、対象は 40 歳未満)

☐ 5)著明な左室肥大（最大壁厚≧30mm）

☐ 6)左室流出路圧較差が 50mmHg を超える場合などの血行動態の高度の異常

☐ 7)遺伝子診断で予後不良とされる変異を有する

☐ 8)拡張相に移行した症例

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**

肥大型心筋症による突然死もしくは心不全の家族歴（新規）			☐ 1. あり　☐ 2. なし
既往歴（新規）			
心筋炎	☐ 1. あり　☐ 2. なし	狭心症・心筋梗塞	☐ 1. あり　☐ 2. なし
弁膜疾患	☐ 1. あり　☐ 2. なし	先天性疾患	☐ 1. あり　☐ 2. なし
糖尿病	☐ 1. あり　☐ 2. なし	血栓塞栓症	☐ 1. あり　☐ 2. なし
失神	☐ 1. あり　☐ 2. なし	その他の既往	☐ 1. あり　☐ 2. なし
心停止	☐ 1. あり　☐ 2. なし		

高血圧	□ 1. あり　□ 2. なし	
	未治療時血圧（収縮期）	□□□□ mmHg
	未治療時血圧（拡張期）	□□□□ mmHg
	罹病期間（年）	□□□□ 年
拡張相への移行	□ 1. あり　□ 2. なし	

心不全や不整脈治療のための入院歴（過去１年間）	□ 1. 0 回　□ 2. 1 回　□ 3. 2 回以上の場合 ＊3 を選択の場合、以下に記入	
	□□□ 回	
飲酒歴	□ 1. あり　□ 2. なし	
	程度	□ 1. 機会飲酒　□ 2. 日本酒１日１合以上
	酒量	□□□ 合/日

■　**治療その他**

使用薬剤等		
ジギタリス	□ 1. あり　□ 2. なし	
	薬品名	
	用量	
	治療効果	□ 1. 改善　□ 2. 不変　□ 3. 悪化　□ 4. 不明
利尿薬	□ 1. あり　□ 2. なし	
	薬品名	
	用量	
	治療効果	□ 1. 改善　□ 2. 不変　□ 3. 悪化　□ 4. 不明

ACE 阻害薬	☐ 1. あり		☐ 2. なし		
	薬品名				
	用量				
	治療効果	☐ 1. 改善	☐ 2. 不変	☐ 3. 悪化	☐ 4. 不明
AII 受容体拮抗薬	☐ 1. あり		☐ 2. なし		
	薬品名				
	用量				
	治療効果	☐ 1. 改善	☐ 2. 不変	☐ 3. 悪化	☐ 4. 不明
β遮断薬	☐ 1. あり		☐ 2. なし		
	薬品名				
	用量				
	治療効果	☐ 1. 改善	☐ 2. 不変	☐ 3. 悪化	☐ 4. 不明
抗不整脈薬	☐ 1. あり		☐ 2. なし		
	薬品名				
	用量				
	治療効果	☐ 1. 改善	☐ 2. 不変	☐ 3. 悪化	☐ 4. 不明

血管拡張薬	□ 1.あり　□ 2.なし	
	薬品名	
	用量	
	治療効果	□ 1.改善　□ 2.不変　□ 3.悪化　□ 4.不明
カテコラミン	□ 1.あり　□ 2.なし	
	薬品名	
	用量	
	治療効果	□ 1.改善　□ 2.不変　□ 3.悪化　□ 4.不明
その他薬剤	□ 1.あり　□ 2.なし	
	薬品名	
	用量	
	治療効果	□ 1.改善　□ 2.不変　□ 3.悪化　□ 4.不明

その他		
CRT(Cardiac Resynchronization Therapy)	□ 1.あり　□ 2.なし	
	治療効果	□ 1.改善　□ 2.不変　□ 3.悪化　□ 4.不明
ICD(Implantable Cardioverter Defibrillator)	□ 1.あり　□ 2.なし	
	治療効果	□ 1.改善　□ 2.不変　□ 3.悪化　□ 4.不明

補助循環	□ 1. あり　□ 2. なし	
	□ 1. 体内式　□ 2. 体外式	
	内容	
	治療効果	□ 1. 改善　□ 2. 不変　□ 3. 悪化　□ 4. 不明
心移植	□ 1. あり　□ 2. なし	
	内容	
	治療効果	□ 1. 改善　□ 2. 不変　□ 3. 悪化　□ 4. 不明
その他(非薬物治療を含む)の内容		

■　重症度分類に関する事項

肥大型心筋症重症度分類	□ 1. 軽症：中等症の基準を満たさない □ 2. 中等症：NYHA II 度であり、かつ不整脈(2)・入院歴(2)・突然死リスク(2)のいずれかを満たす □ 3. 重症：NYHA III～IV 度・不整脈(3)・入院歴(3) のいずれかを満たす □ 4. 最重症：NYHA IV 度、かつ入院歴(4)を満たす
NYHA 分類	□ 1. I　□ 2. II　□ 3. III　□ 4. IV
不整脈	□ 1. なしまたは散発性期外収縮 □ 2. 非持続性心室頻拍または上室性頻脈性不整脈 □ 3. 持続性心室頻拍または心室細動
過去 1 年の不整脈・心不全治療のための入院歴	□ 1. なし　□ 2. 1 回　□ 3. 2 回以上 □ 4. 2 回以上の入院または持続静注からの離脱不能、補助人工心臓、心臓移植適応のいずれか ＊3 を選択の場合、以下に記入
	回数　□□□ 回

突然死リスク	□ 1. なし　□ 2. あり
PeakVO$_2$(基準値に対して)	□ 1. 80%以上　□ 2. 60～80%　□ 3. 40～60% □ 4. 施行不能あるいは 40%未満
身体活動能力質問表	
症状が出現する最少運動量	□ . □ Mets

1. 夜、楽に眠れますか？(1Met 以下)	□ 1. はい　□ 2. つらい　□ 3. わからない
2. 横になっていると楽ですか？(1Met 以下)	□ 1. はい　□ 2. つらい　□ 3. わからない
3. 一人で食事や洗面ができますか？(1.6Mets)	□ 1. はい　□ 2. つらい　□ 3. わからない
4. トイレは一人で楽にできますか？(2Mets)	□ 1. はい　□ 2. つらい　□ 3. わからない
5. 着替えが一人でできますか？(2Mets)	□ 1. はい　□ 2. つらい　□ 3. わからない
6. 炊事や掃除ができますか？(2～3Mets)	□ 1. はい　□ 2. つらい　□ 3. わからない
7. 自分で布団を敷けますか？(2～3Mets)	□ 1. はい　□ 2. つらい　□ 3. わからない
8. ぞうきんがけはできますか？(3～4Mets)	□ 1. はい　□ 2. つらい　□ 3. わからない
9. シャワーを浴びても平気ですか？(3～4Mets)	□ 1. はい　□ 2. つらい　□ 3. わからない
10. ラジオ体操をしても平気ですか？(3～4Mets)	□ 1. はい　□ 2. つらい　□ 3. わからない
11. 健康な人と同じ速度で平地を 100～200m 歩いても平気ですか？(3～4Mets)	□ 1. はい　□ 2. つらい　□ 3. わからない
12. 庭いじり(軽い草むしりなど)をしても平気ですか？(4Mets)	□ 1. はい　□ 2. つらい　□ 3. わからない
13. 一人で風呂に入れますか？(4～5Mets)	□ 1. はい　□ 2. つらい　□ 3. わからない
14. 健康な人と同じ速度で 2 階まで昇っても平気ですか？(5～6Mets)	□ 1. はい　□ 2. つらい　□ 3. わからない
15. 軽い農作業(庭掘りなど)はできますか？(5～7Mets)	□ 1. はい　□ 2. つらい　□ 3. わからない
16. 平地で急いで 200m 歩いても平気ですか？(6～7Mets)	□ 1. はい　□ 2. つらい　□ 3. わからない
17. 雪かきはできますか？(6～7Mets)	□ 1. はい　□ 2. つらい　□ 3. わからない
18. テニス(又は卓球)をしても平気ですか？(6～7Mets)	□ 1. はい　□ 2. つらい　□ 3. わからない
19. ジョギング(時速 8km 程度)を 300～400m しても平気ですか？(7～8Mets)	□ 1. はい　□ 2. つらい　□ 3. わからない

20. 水泳をしても平気ですか？(7～8Mets)	□ 1. はい □ 2. つらい □ 3. わからない
21. なわとびをしても平気ですか？(8Mets 以上)	□ 1. はい □ 2. つらい □ 3. わからない

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

使用の有無	□ 1. あり	
開始時期	西暦 □□□□ 年 □□ 月	
離脱の見込み	□ 1. あり □ 2. なし	
種類	□ 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器 □ 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器	
施行状況	□ 1. 間欠的施行 □ 2. 夜間に継続的に施行 □ 3. 一日中施行 □ 4. 現在は未施行	
生活状況	食事	□ 自立 □ 部分介助 □ 全介助
	車椅子とベッド間の移動	□ 自立 □ 軽度介助 □ 部分介助 □ 全介助
	整容	□ 自立 □ 部分介助/不可能
	トイレ動作	□ 自立 □ 部分介助 □ 全介助
	入浴	□ 自立 □ 部分介助/不可能
	歩行	□ 自立 □ 軽度介助 □ 部分介助 □ 全介助
	階段昇降	□ 自立 □ 部分介助 □ 不能
	着替え	□ 自立 □ 部分介助 □ 全介助
	排便コントロール	□ 自立 □ 部分介助 □ 全介助
	排尿コントロール	□ 自立 □ 部分介助 □ 全介助

医療機関名	
指定医番号	□□□□□□□□□□
医療機関所在地	
電話番号	□□□□□□□□□□□ ＊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 □□□□ 年 □□ 月 □□ 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。