

061 自己免疫性溶血性貧血

■ 患者情報

保険情報	保険者番号		被保険者記号	
	被保険者番号		被保険者 個人単位枝番	
	資格取得 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
氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
以前の登録氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
住所	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"/>		
	都道府県			
	市区町村			
	丁目番地等			
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		
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性			
出生地	都道府県			
	市区町村			

■ 基本情報

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						
発症時期	西暦	<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						
手帳取得状況							
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり (等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級)						
療育手帳	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり						
精神障害者 保健福祉手帳 (障害者手帳)	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり (等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級)						
人工呼吸器等装着者認定基準に該当							
<input type="checkbox"/> 1. する <input type="checkbox"/> 2. しない <input type="checkbox"/> 3. 不明							

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

Definite : a~cを満たす	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
<input type="checkbox"/> a. 以下の2項目を満たす <input type="checkbox"/> 1. A. 主要所見の①貧血と②黄疸を認める <input type="checkbox"/> 2. 次の1)~6)の検査所見の6項目のうち4項目以上を認める <input type="checkbox"/> 1) ヘモグロビン濃度低下 <input type="checkbox"/> 2) 網赤血球増加 <input type="checkbox"/> 3) 血清間接ビリルビン値上昇 <input type="checkbox"/> 4) 尿中・便中ウロビリニン体増加 <input type="checkbox"/> 5) 血清ハプトグロビン値低下 <input type="checkbox"/> 6) 骨髄赤芽球増加 <input type="checkbox"/> b. B. 検査所見の1. 直接クームス試験で陽性を認める。または2. 赤血球結合IgG検査で高値を認める <input type="checkbox"/> c. C. 鑑別診断の1~9が除外できる		

A. 主要所見

① 貧血症状	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	ありの場合	<input type="checkbox"/> 1. 息切れ <input type="checkbox"/> 2. 動悸 <input type="checkbox"/> 3. 易疲労感 <input type="checkbox"/> 4. ふらつき <input type="checkbox"/> 5. 頭痛 <input type="checkbox"/> 6. その他
② 黄疸症状	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入し、以降の数値ボックスについては全て同様に記載する

1. 直接クームス試験	検査日	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
	検査法	<input type="checkbox"/> 1. 試験管法 <input type="checkbox"/> 2. カラム法
	検査結果	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. その他
	自己凝集の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	陽性の場合	<input type="checkbox"/> 1. IgGのみ <input type="checkbox"/> 2. IgGと補体 <input type="checkbox"/> 3. 補体のみ <input type="checkbox"/> 4. 広スペクトルのみ <input type="checkbox"/> 5. その他

2. 赤血球結合 IgG 検査	検査日	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
	検査法	<input type="checkbox"/> 1. フローサイトメトリー (FCM) 法 <input type="checkbox"/> 2. RIA 法
	検査結果	<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常 <input type="checkbox"/> 3. その他
	赤血球結合 IgG 量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 分子/RBC FCM 法 : カットオフ値 16 平均蛍光強度差、基準範囲 : 5.5-16.0 RIA 法 : カットオフ値 赤血球当たり 78.5 IgG 分子、基準範囲:20-46

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 <input checked="" type="checkbox"/> 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. 巨赤芽球性貧血 <input type="checkbox"/> 2. 骨髄異形成症候群 <input type="checkbox"/> 3. 赤白血病 <input type="checkbox"/> 4. 先天性赤血球形成異常性貧血 (congenital dyserythropoietic anemia) <input type="checkbox"/> 5. 肝胆道疾患 <input type="checkbox"/> 6. 体質性黄疸 <input type="checkbox"/> 7. 不適合輸血 <input type="checkbox"/> 8. 新生児溶血性疾患 <input type="checkbox"/> 9. 薬剤起因性免疫性溶血性疾患 <input type="checkbox"/> 10. 発作性夜間ヘモグロビン尿症 <input type="checkbox"/> 11. 先天性溶血性疾患 <input type="checkbox"/> 12. 心臓弁膜症などによる機械的溶血 <input type="checkbox"/> 13. 血栓性血小板減少性紫斑病	

■ 重症度分類に関する事項

自己免疫性溶血性貧血 (AIHA) の重症度基準	<input type="checkbox"/> 1. stage 1 <input type="checkbox"/> 2. stage 2 <input type="checkbox"/> 3. stage 3 <input type="checkbox"/> 4. stage 4		
stage 1	軽 症	薬物療法ならびに輸血を必要としない	
stage 2	中等症	薬物療法が必要で、ヘモグロビン濃度 10 g/dL 以上	
stage 3	やや重症	薬物療法または輸血が必要で、ヘモグロビン濃度 7g/dL 以上、10g/dL 未満	
stage 4	重 症	薬物療法および輸血が必要で、ヘモグロビン濃度 7 g/dL 未満	
ヘモグロビン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dL		

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など *500文字以内

■ その他の事項

病型分類

病型分類	<input type="checkbox"/> 1. 温式自己免疫性溶血性貧血 (温式 AHIA) <input type="checkbox"/> 2. 寒冷凝集素症 (CAD)	
	<input type="checkbox"/> 3. 寒冷ヘモグロビン尿症 (PCH) <input type="checkbox"/> 4. 混合型	
	<input type="checkbox"/> 5. エヴァンス (Evans) 症候群	
経過分類	<input type="checkbox"/> 1. 急性 <input type="checkbox"/> 2. 慢性	
病因分類	<input type="checkbox"/> 1. 特発性 <input type="checkbox"/> 2. 続発性	
	続発性の場合の原因	
診断確定日	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	

発症と経過

発病からの期間	<input type="checkbox"/> 1) 3 か月未満 <input type="checkbox"/> 2) 3 か月以上 12 か月未満 <input type="checkbox"/> 3) 12 か月以上
---------	---

主要所見 (新規)

診察年月日	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		
理学所見			
身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	体重	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
脈拍	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回分	体温	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> 度
脾腫	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	ありの場合	<input type="text"/> <input type="text"/> 横指	
	超音波や腹部 CT 上の脾腫	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
ヘモグロビン尿	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	胆石	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
出血症状	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	ありの場合	<input type="checkbox"/> 1. 皮下出血 <input type="checkbox"/> 2. 鼻出血 <input type="checkbox"/> 3. 消化管出血	
		<input type="checkbox"/> 4. 眼底出血 <input type="checkbox"/> 5. 性器出血 <input type="checkbox"/> 6. 頭蓋内出血	
先行感染	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	ありの場合	<input type="checkbox"/> 1. 発熱 <input type="checkbox"/> 2. 気道症状 <input type="checkbox"/> 3. 咳嗽 <input type="checkbox"/> 4. その他	

検査所見 (新規)

末梢血検査 (診断時又は治療前)			
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施		
	検査日	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
赤血球 形態異常	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	ありの場合	<input type="checkbox"/> 1. 破碎 <input type="checkbox"/> 2. 球状 <input type="checkbox"/> 3. 大小不同 <input type="checkbox"/> 4. 凝集 <input type="checkbox"/> 5. その他	
網赤血球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ×10 ⁴ /μL		
間接ビリルビン (総ビリルビンー 直接ビリルビン)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	血清 ハプト グロビン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
総ビリルビン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	直接 ビリルビン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
赤血球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ×10 ⁴ /μL	血小板	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ×10 ⁴ /μL
MCV	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> fL	アルブミン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dL
白血球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> /μL		
ALT (GPT)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L	総蛋白	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dL
AST (GOT)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L		
LDH	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IU/L	<input type="checkbox"/> 1. IFCC 法 <input type="checkbox"/> 2. JSCC 法	
CRP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	IgA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
IgG	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	C3	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
IgM	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	C4	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
赤血球抗体検査			
寒冷凝集素価	検査日	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
	所見	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 倍	
ドナーズ ランドスタイナー 試験	検査日	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
	検査結果	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性 <input type="checkbox"/> 3. その他	

骨髓検査			
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施		
	検査日	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	
	未実施の場合理由		
骨髓穿刺所見	<input type="checkbox"/> 1. 胸骨 <input type="checkbox"/> 2. 腸骨	有核細胞数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ×10 ⁴ /μL
巨核球数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 個/μL	赤芽球系	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
顆粒球系	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %	単球系	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
リンパ球系	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %	芽球系	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
M/E 比	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>		
尿検査 / 便検査			
尿中ヘモグロビン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL		
特殊検査（行われている場合には記載）			
抗 IgA 直接クームス試験	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性		
	検査日	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 IgM 直接クームス試験	<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性		
	検査日	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	
寒冷凝集素の温度作動域の拡大の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし		
	検査日	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	

治療その他

治療	<input type="checkbox"/> 1. 無治療(保温のみも含む) <input type="checkbox"/> 2. 治療あり	
副腎皮質ステロイド療法	開始日	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
現在の副腎皮質ステロイド治療	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	プレドニゾン換算量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg /日・週 単位 <input type="checkbox"/> 1. 日 <input type="checkbox"/> 2. 週
	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
投与4週以内の寛解(ヘモグロビン 10g/dL以上)の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
寛解維持に15mg/日以上投与量の必要性	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
摘脾	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	施行日	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
免疫抑制療法	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	薬剤名	
	投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg /日・週
	投与量単位	<input type="checkbox"/> 1. 日 <input type="checkbox"/> 2. 週
	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
ダナゾール治療	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	開始日	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
	投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg /日・週
	投与量単位	<input type="checkbox"/> 1. 日 <input type="checkbox"/> 2. 週
	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

免疫グロブリン大量療法	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	開始日	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
リツキシマブ	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 施行後経過観察中 <input type="checkbox"/> 3. 未実施	
	開始日	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
	投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg /日・週
	投与量単位	<input type="checkbox"/> 1. 日 <input type="checkbox"/> 2. 週
	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
スチムリマブ	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	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
その他の治療	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	薬剤名等	
	開始日	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

■ 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												
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。

■ 行政記載欄

担当自治体												
受理日	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
公費負担者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
認定結果	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 不認定											
研究同意の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無											
受給者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
有効期限	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
階層区分	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 上位所得 <input type="checkbox"/> その他											
軽症者登録	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無											
保険情報	保険者番号			被保険者記号								
	被保険者番号			被保険者 個人単位枝番								
	資格取得 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"/>