

065 原発性免疫不全症候群

■ 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

診断

診断	
①複合免疫不全症	<input type="checkbox"/> 1. 〈I X連鎖重症複合免疫不全症〉 <input type="checkbox"/> 2. 〈II 細網異形成症〉 <input type="checkbox"/> 3. 〈III アデノシンデアミナーゼ (ADA) 欠損症〉 <input type="checkbox"/> 4. 〈IV オーメン (Omenn) 症候群〉 <input type="checkbox"/> 5. 〈V プリンヌクレオシドホスホリラーゼ欠損症〉 <input type="checkbox"/> 6. 〈VI CD8 欠損症〉 <input type="checkbox"/> 7. 〈VII ZAP-70 欠損症〉 <input type="checkbox"/> 8. 〈VIII MHC クラス I 欠損症〉 <input type="checkbox"/> 9. 〈IX MHC クラス II 欠損症〉 <input type="checkbox"/> 10. 〈X I から X までに掲げるもののほかの、複合免疫不全症〉

<p>②免疫不全を伴う特徴的な症候群</p>	<p><input type="checkbox"/> 11. 〈I ウィスコット・オールドリッチ (Wiskott-Aldrich) 症候群〉</p> <p><input type="checkbox"/> 12. 〈II 毛細血管拡張性運動失調症〉</p> <p><input type="checkbox"/> 13. 〈III ナイミーヘン染色体不安定 (Nijmegen breakage) 症候群〉</p> <p><input type="checkbox"/> 14. 〈IV ブルーム (Bloom) 症候群〉</p> <p><input type="checkbox"/> 15. 〈V ICF 症候群〉</p> <p><input type="checkbox"/> 16. 〈VI PMS2 異常症〉</p> <p><input type="checkbox"/> 17. 〈VII RIDDLE 症候群〉</p> <p><input type="checkbox"/> 18. 〈VIII シムケ (Schimke) 症候群〉</p> <p><input type="checkbox"/> 19. 〈IX ネザートン (Netherton) 症候群〉</p> <p><input type="checkbox"/> 20. 〈X 胸腺低形成 (DiGeorge 症候群、22q11.2 欠失症候群)〉</p> <p><input type="checkbox"/> 21. 〈XI 高 IgE 症候群〉</p> <p><input type="checkbox"/> 22. 〈XII 肝中心静脈閉鎖症を伴う免疫不全症〉</p> <p><input type="checkbox"/> 23. 〈XIII 先天性角化不全症〉</p>
<p>③液性免疫不全を主とする疾患</p>	<p><input type="checkbox"/> 24. 〈I X連鎖無ガンマグロブリン血症〉</p> <p><input type="checkbox"/> 25. 〈II 分類不能型免疫不全症〉</p> <p><input type="checkbox"/> 26. 〈III 高 IgM 症候群〉</p> <p><input type="checkbox"/> 27. 〈IV IgG サブクラス欠損症〉</p> <p><input type="checkbox"/> 28. 〈V 選択的 IgA 欠損症〉</p> <p><input type="checkbox"/> 29. 〈VI 特異抗体産生不全症〉</p> <p><input type="checkbox"/> 30. 〈VII 乳児一過性低ガンマグロブリン血症〉</p> <p><input type="checkbox"/> 31. 〈VIII I から VII までに掲げるもののほかの、液性免疫不全を主とする疾患〉</p>
<p>④免疫調節障害</p>	<p><input type="checkbox"/> 32. 〈I チェディアック・東 (Chédiak-Higashi) 症候群〉</p> <p><input type="checkbox"/> 33. 〈II X連鎖リンパ増殖症候群〉</p> <p><input type="checkbox"/> 34. 〈III 自己免疫性リンパ増殖症候群 (ALPS)〉</p> <p><input type="checkbox"/> 35. 〈IV I から III に掲げるもののほかの、免疫調節障害〉</p>

⑤原発性食細胞機能不全症および欠損症	<input type="checkbox"/> 36. 〈I 重症先天性好中球減少症〉 <input type="checkbox"/> 37. 〈II 周期性好中球減少症〉 <input type="checkbox"/> 38. 〈III I 及び II に掲げるもののほかの、慢性の経過をたどる好中球減少症〉 <input type="checkbox"/> 39. 〈IV 白血球接着不全症〉 <input type="checkbox"/> 40. 〈V シュワッハマン・ダイヤモンド (Shwachman-Diamond) 症候群〉 <input type="checkbox"/> 41. 〈VI 慢性肉芽腫症〉 <input type="checkbox"/> 42. 〈VII ミエロペルオキシダーゼ欠損症〉 <input type="checkbox"/> 43. 〈VIII メンデル遺伝型マイコバクテリア易感染症〉 <input type="checkbox"/> 44. 〈IX IV から VIII に掲げるもののほかの、白血球機能異常〉
⑥自然免疫異常	<input type="checkbox"/> 45. 〈I 免疫不全を伴う無汗性外胚葉形成異常症〉 <input type="checkbox"/> 46. 〈II IRAK4 欠損症〉 <input type="checkbox"/> 47. 〈III MyD88 欠損症〉 <input type="checkbox"/> 48. 〈IV 慢性皮膚粘膜カンジダ症〉 <input type="checkbox"/> 49. 〈V I から IV に掲げるもののほかの、自然免疫異常〉
⑦先天性補体欠損症	<input type="checkbox"/> 50. 〈I 先天性補体欠損症〉 <input type="checkbox"/> 51. 〈II 遺伝性血管性浮腫 (C1 インヒビター欠損症)〉 <input type="checkbox"/> 52. 〈III I 及び II に掲げるもののほかの、先天性補体欠損症〉

A. 主要所見

理学所見			
身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	体重	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
合併症			
反復性気道感染症 (中耳炎、副鼻腔炎を含む)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	内容		
重症細菌感染症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	内容		

気管支拡張症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	内容	
膿皮症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	内容	
化膿性リンパ節炎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	内容	
遷延性下痢症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	内容	
口腔カンジタ症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	内容	
ニューモシスチス肺炎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	内容	
ウイルス感染の重症化 (重症水痘など)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	内容	
その他の感染症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	内容	
アレルギー疾患	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	内容	

慢性湿疹	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	内容	
関節炎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	内容	
自己免疫疾患	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	内容	
先天性心疾患	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	内容	
小脳失調	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	内容	
悪性腫瘍	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	内容	
その他	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	その他の内容	

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

末梢血検査 (受診時)												
白血球	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ μ L	赤血球	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	$\times 10^4$ / μ L
ヘモグロビン	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	g/dL	血小板	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	$\times 10^4$ / μ L
リンパ球数	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ mm^3	好中球	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/ μ L

免疫血清学検査			
CH50 値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> U/dL	C3 値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
C4 値	<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"/> <input type="text"/> mg/dL
IgG サブクラス	IgG1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	IgG2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
	IgG3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	IgG4	<input type="text"/> <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	IgM	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
IgE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL		
特異抗体（麻疹、風疹、EBV など）の有無			
麻疹抗体	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	風疹抗体	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
EBV 抗体	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
その他の抗体			
リンパ球サブセット			
B 細胞	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %	T 細胞	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
NK 細胞	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %	CD4/CD8 比	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
細胞性免疫検査			
PHA リンパ球幼若化反応	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常 <input type="checkbox"/> 3. 未検査	遅延型皮膚反応	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常 <input type="checkbox"/> 3. 未検査
NK 活性	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常 <input type="checkbox"/> 3. 未検査		
顆粒球機能検査			
遊走能	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常 <input type="checkbox"/> 3. 未検査	貪食能	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常 <input type="checkbox"/> 3. 未検査
殺菌能	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常 <input type="checkbox"/> 3. 未検査	NBT 還元能など	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常 <input type="checkbox"/> 3. 未検査
酵素活性			
ADA 活性	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常 <input type="checkbox"/> 3. 未検査	PNP 活性	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常 <input type="checkbox"/> 3. 未検査

胸部 X 線			
肺炎	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	気管支拡張症
	<input type="checkbox"/> 3. 不明		

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
変異の認められた遺伝子名を記載		

<診断のカテゴリー>

国際免疫学会の原発性免疫不全症分類専門委員による分類に準じ、厚生労働省原発性免疫不全症候群調査研究班および日本免疫不全症研究会の作製した診断基準で診断されている	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
続発性免疫不全状態をきたすことの多い慢性代謝性疾患、染色体異常、HIV 感染、悪性腫瘍や抗癌剤、免疫抑制剤投与、移植などによる医原性免疫不全状態が除外されている	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当

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

■ 治療その他

造血細胞移植療法			
実施有無	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施 <input type="checkbox"/> 3. 実施予定		
	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	
	2 回目施行日	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	
HLA ドナーの種類	<input type="checkbox"/> 1. HLA 一致ドナー <input type="checkbox"/> 2. HLA 不一致ドナー		
	HLA 一致ドナーの場合	<input type="checkbox"/> 1. 同胞 <input type="checkbox"/> 2. 同胞を除く血縁 <input type="checkbox"/> 3. 非血縁	
	HLA 不一致ドナーの場合	<input type="checkbox"/> 1. 血縁 <input type="checkbox"/> 2. 非血縁 <input type="checkbox"/> 3. 臍帯血	
	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	

その他の治療法				
IFN-gamma の使用	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし			
ガンマグロブリン補充	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施			
	<table border="1"> <tr> <td>用量</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/> 週間に 1 回</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g</td> </tr> </table>	用量	<input type="text"/> <input type="text"/> 週間に 1 回	
用量	<input type="text"/> <input type="text"/> 週間に 1 回			
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g			
抗菌剤	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施			
	薬剤名			
	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		
抗真菌剤	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施			
	薬剤名			
	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		
抗ウイルス剤	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施			
	薬剤名			
	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	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施			
	薬剤名			
	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			
	内容			

■ 重症度分類に関する事項

治療継続性		
<input type="checkbox"/> 1. 補充療法（阻害薬等の代替治療薬の投与を含む）	<input type="checkbox"/> 2. G-CSF 療法	
<input type="checkbox"/> 3. 除鉄剤の投与	<input type="checkbox"/> 4. 抗凝固療法	<input type="checkbox"/> 5. ステロイド薬の投与
<input type="checkbox"/> 6. 免疫抑制薬の投与	<input type="checkbox"/> 7. 抗腫瘍薬の投与	<input type="checkbox"/> 8. 再発予防法
<input type="checkbox"/> 9. 感染症予防療法	<input type="checkbox"/> 10. 造血幹細胞移植	<input type="checkbox"/> 11. 腹膜透析
<input type="checkbox"/> 12. 血液透析		
<input type="checkbox"/> 1. 重症：一つ以上を継続的に実施する（断続的な場合も含めて概ね6か月以上） <input type="checkbox"/> 2. 中等症：必要だが継続的ではない <input type="checkbox"/> 3. 軽症：不要		

■ 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"/>	<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。