

075 クッシング病

■ 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

A. 主要所見

理学所見（治療前）														
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				
拡張期血圧	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mmHg	収縮期血圧	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mmHg					
身長・体重等														
発病前最大	身長	<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"/>	kg
確診時	身長	<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"/>	kg
現在	身長	<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"/>	kg

主症状 (治療前)					
診断日	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				
特異的症候	1. 満月様顔貌	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし		
	2. 中心性肥満	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし		
	3. 水牛様脂肪沈着	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし		
	4. 皮膚線条 (巾 1cm 以上)	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし		
	5. 皮膚ひ薄化	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし		
	6. 皮下溢血	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし		
	7. 筋力低下	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし		
	8. 肥満を伴った成長発育の遅延	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし		
非特異的症候	9. 高血圧	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし		
	10. 月経異常 (女性のみ)	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし		
	11. 座瘡	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし		
	12. 多毛	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし		
	13. 浮腫	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし		
	14. 耐糖能異常	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし		
	15. 骨粗鬆症	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし		
	16. 色素沈着	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし		
	17. 精神障害	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし		
合併症					
合併症の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	糖尿病	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
狭心症	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
脳梗塞	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	脳出血	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
高脂血症	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	肝障害	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし

腎障害	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	運動障害	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし
多発性内分泌腫瘍症 I 型	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	成長遅延	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし
Nelson 症候群	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし			
その他の合併症	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし			
	合併症				

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

検査所見 (治療前)													
検査年月日	(自)	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
	(至)	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
朝血中コルチゾール	測定値	<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"/>	<input type="text"/>	μg/dL
	基準値 (自)	<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"/>	μg/dL
	基準値 (至)	<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"/>	μg/dL
深夜睡眠時コルチゾール	測定値	<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"/>	<input type="text"/>	μg/dL
	基準値 (自)	<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"/>	μg/dL
	基準値 (至)	<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"/>	μg/dL
深夜唾液中コルチゾール	測定値	<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"/>	<input type="text"/>	μg/dL
	基準値 (自)	<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"/>	μg/dL
	基準値 (至)	<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"/>	μg/dL
血中 ACTH	測定値	<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"/>	<input type="text"/>	pg/mL
	基準値 (自)	<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"/>	pg/mL
	基準値 (至)	<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"/>	pg/mL

尿中遊離コルチゾール	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	μg/日
	基準値 (自)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	μg/日
	基準値 (至)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	μg/日
負荷試験 (治療前)			
デキサメタゾン抑制試験 (0.5mg)	項目	<input type="checkbox"/> 1. 抑制される <input type="checkbox"/> 2. 抑制されない	
	負荷前 コルチゾール	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	μg/dL
	負荷後 コルチゾール	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	μg/dL
デキサメタゾン抑制試験 (8mg)	項目	<input type="checkbox"/> 1. 抑制される <input type="checkbox"/> 2. 抑制されない	
	負荷前 コルチゾール	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	μg/dL
	負荷後 コルチゾール	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	μg/dL
DDAVP 試験 血中 ACTH		<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 過剰 <input type="checkbox"/> 3. 無反応 <input type="checkbox"/> 4. 不明	
	前値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	pg/mL
	頂値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	pg/mL
CRH 試験 血中 ACTH		<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 過剰 <input type="checkbox"/> 3. 無反応 <input type="checkbox"/> 4. 不明	
	前値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	pg/mL
	頂値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	pg/mL
その他の検査所見 (治療前)			
検査年月日	(自)	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	
	(至)	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	
白血球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	/μL	好酸球 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
HbA1c	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	%	カリウム <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mEq/L
血中 コレステロール	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dL	

ブドウ糖負荷	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g			
	血糖前値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL		
	60分	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	120分	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
画像所見（下垂体）（治療前）				
単純X線	検査年月日	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		
	トルコ鞍拡大	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
	その他			
CT	検査年月日	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		
	下垂体腫瘍の有無	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
	所見			
MRI	検査年月日	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		
	下垂体腫瘍の有無	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
	所見			
画像所見（副腎）（治療前）				
CT	検査年月日	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		
	腫大の有無	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
	部位	<input type="checkbox"/> 1.両側 <input type="checkbox"/> 2.右 <input type="checkbox"/> 3.左		
MRI	検査年月日	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		
	腫大の有無	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
	部位	<input type="checkbox"/> 1.両側 <input type="checkbox"/> 2.右 <input type="checkbox"/> 3.左		

副腎 シンチグラフィー	検査年月日	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											
	シンチグラフィー の所見	<input type="checkbox"/> 1. 正常						<input type="checkbox"/> 2. 異常					
その他													
選択的静脈洞血サンプリング													
検査年月日	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												
ACTH 基礎値	中枢	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				pg/mL	末梢	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				pg/mL	
	c/p 比												
CRH 負荷後	中枢	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				pg/mL	末梢	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				pg/mL	
	c/p 比												
病理検査													
下垂体腺腫	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし												
	所見												
	ACTH 免疫染色	<input type="checkbox"/> 1. 陽性						<input type="checkbox"/> 2. 陰性					
副腎	<input type="checkbox"/> 1. 正常			<input type="checkbox"/> 2. 腫瘍			<input type="checkbox"/> 3. 結節			<input type="checkbox"/> 4. 過形成			

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> Definite : 下記の 1、2、3 および 4 の①②③④を満たす
<input type="checkbox"/> Probable : 下記の 1、2、3 および 4 の①②③を満たす
<input type="checkbox"/> Possible : 下記の 1、2、3 を満たす
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない
<p>1. 主要項目 : A. の主症状の特異的症候 (1~8) および非特異的主症候 (9~17) の中から、それぞれ一つ以上を認める</p> <p>2. 検査所見 : B. の血中 ACTH と血中コルチゾール (同時測定) が高値~正常を示し、かつ尿中遊離コルチゾールが高値~正常を示すもの</p> <p>3. スクリーニング検査 : (B. 検査所見より)</p> <p>① デキサメタゾン抑制試験 (0.5mg) において血中コルチゾール値が 5μg/dL 以上を示す</p> <p>② 複数日において深夜睡眠時の血中コルチゾール値が 5μg/dL 以上を示す</p> <p>③ DDAVP 試験は、DDAVP (4μg) 静注後の血中 ACTH 値が前値の 1.5 倍以上を示す</p> <p>④ 複数日において深夜唾液コルチゾール値が、その施設における平均値の 1.5 倍以上を示す</p> <p>*①は必須で、さらに②~④のいずれかを満たす場合、ACTH 依存性クッシング症候群を考え、異所性 ACTH 症候群との鑑別を目的に確定診断検査を行う</p> <p>4. 確定診断検査 : (B. 検査所見より)</p> <p>① CRH 試験においてヒト CRH (100μg) 静注後の血中 ACTH 頂値が前値の 1.5 倍以上に増加</p> <p>② デキサメタゾン抑制試験 (8mg) において血中コルチゾール値が前値の半分以下に抑制される</p> <p>③ MRI 検査より下垂体腫瘍の存在を証明</p> <p>④ 選択的静脈洞血サンプリング検査において血中 ACTH の C/P 比が 2 以上 (CRH 負荷後は 3 以上) ならクッシング病、2 未満 (CRH 負荷後は 3 未満) なら異所性 ACTH 産生腫瘍の可能性が高い</p>

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

現在の活動状況	<input type="checkbox"/> 1. 正常人と同じ	<input type="checkbox"/> 2. やや制限	<input type="checkbox"/> 3. 中等度制限	<input type="checkbox"/> 4. 高度制限
発病後年月	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年	<input type="text"/> <input type="text"/> か月		

■ 治療その他

下垂体手術	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	種類	<input type="checkbox"/> 1. 経蝶形骨洞 <input type="checkbox"/> 2. 開頭
	施設名	
	手術年月	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
その他の治療	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	実施年月	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	内容	

■ 重症度分類に関する事項 最も重症度の高い項目を疾患の重症度とする

血清 コルチゾール 濃度	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> $\mu\text{g/dL}$	尿中遊離 コルチゾール 排泄量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> $\mu\text{g/日}$
<input type="checkbox"/> 1. 軽症	血清コルチゾール濃度 10 $\mu\text{g/dL}$ 以下 尿中遊離コルチゾール排泄量 100 $\mu\text{g/日}$ 以下		
<input type="checkbox"/> 2. 中等症	血清コルチゾール濃度 10.1~20 $\mu\text{g/dL}$ 尿中遊離コルチゾール排泄量 101~300 $\mu\text{g/日}$		
<input type="checkbox"/> 3. 重症	血清コルチゾール濃度 20.1 $\mu\text{g/dL}$ 以上 尿中遊離コルチゾール排泄量 301 $\mu\text{g/日}$ 以上		

■ 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"/>		
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	
											※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。