

088 慢性血栓塞栓性肺高血圧症

■ 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"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/>
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>

新規申請時

下記1~4の全てを満たす	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
<input type="checkbox"/> 1. 右心カテーテル検査所見を満たす <input type="checkbox"/> 2. 肺換気・血流シンチグラム所見を満たす <input type="checkbox"/> 3. 肺動脈造影所見ないしは胸部造影 CT 所見を満たす <input type="checkbox"/> 4. 鑑別診断で除外すべき疾患の全てを除外できる		

更新時

<input type="checkbox"/> 1) 手術例ならびに BPA (PTPA) 施行例で、下記 a) ~ d) を満たす <input type="checkbox"/> a) 手術日あるいは BPA 初回施行日の記載がある <input type="checkbox"/> b) 肺換気・血流シンチグラム所見ないしは胸部造影 CT 所見ないしは肺動脈造影所見のいずれかを有する <input type="checkbox"/> c) 右心カテーテル検査所見または心臓エコー検査所見を満たす <input type="checkbox"/> d) 鑑別診断で除外すべき疾患の全てを除外できる
<input type="checkbox"/> 2) 非手術例 (リオシグアト等の肺血管拡張療法などの治療により、肺高血圧症の程度は新規申請時よりは軽減もしくは正常値になっていても、治療継続が必要な場合) で、下記 e) ~ g) を満たす <input type="checkbox"/> e) 肺換気・血流シンチグラム所見、胸部造影 CT 所見ないしは肺動脈造影所見のいずれかを有する <input type="checkbox"/> f) 右心カテーテル検査所見または参考とすべき検査所見の心臓エコー検査所見を満たす <input type="checkbox"/> g) 鑑別診断で除外すべき疾患の全てを除外できる
<input type="checkbox"/> 3) いずれにも該当しない

A. 治療

バルーンによる肺動脈形成術	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	初回実施年月	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	実施回数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回
肺動脈血栓内膜摘除術	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	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

B. 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☑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. 特発性または遺伝性肺動脈性肺高血圧症 <input type="checkbox"/> 2. 膠原病に伴う肺動脈性肺高血圧症 <input type="checkbox"/> 3. 先天性シャント性心疾患に伴う肺動脈性肺高血圧症 <input type="checkbox"/> 4. 門脈圧亢進症に伴う肺動脈性肺高血圧症 <input type="checkbox"/> 5. HIV 感染に伴う肺動脈性肺高血圧症 <input type="checkbox"/> 6. 薬剤/毒物に伴う肺動脈性肺高血圧症 <input type="checkbox"/> 7. 肺静脈閉塞性疾患、肺毛細血管腫症 <input type="checkbox"/> 8. 新生児遷延性肺高血圧症 <input type="checkbox"/> 9. 左心性疾患に伴う肺高血圧症 <input type="checkbox"/> 10. 呼吸器疾患および/または低酸素血症に伴う肺高血圧症 <input type="checkbox"/> 11. その他の肺高血圧症 (サルコイドーシス、ランゲルハンス細胞組織球症、リンパ脈管筋腫症、大動脈炎症候群、肺血管の先天性異常、肺動脈原発肉腫、肺血管の外圧迫などによる二次的肺高血圧症)			

■ 重症度分類に関する事項 *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

重症度分類	<input type="checkbox"/> 1. Stage 1	<input type="checkbox"/> 2. Stage 2	<input type="checkbox"/> 3. Stage 3
	<input type="checkbox"/> 4. Stage 4	<input type="checkbox"/> 5. Stage 5	

機能分類 (WHO-PH/NYHA 分類)	<input type="checkbox"/> 1. I	<input type="checkbox"/> 2. II	<input type="checkbox"/> 3. III	<input type="checkbox"/> 4. IV
右心カテーテル検査 (更新時は必須ではない)				
検査年月日	西暦 <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/> 年 <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/> 月 <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/> 日			
肺動脈圧	収縮期	<input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/> mmHg		
	拡張期	<input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/> mmHg		
	平均肺動脈圧 (mPAP)	<input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/> mmHg		
肺血管抵抗 (PVR)	<input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/> dyne/sec/cm ⁻⁵		または <input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/> . <input style="width:20px;" type="text"/> WU	
肺動脈楔入圧	<input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/> mmHg		右房圧	<input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/> mmHg
心拍出量	<input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/> . <input style="width:20px;" type="text"/> L/min		心係数	<input style="width:20px;" type="text"/> <input style="width:20px;" type="text"/> . <input style="width:20px;" type="text"/> L/min/m ²

身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	体重	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
混合静脈血酸素分圧 または混合静脈 血酸素飽和度	<input type="text"/> <input type="text"/> mmHg		
	<input type="text"/> <input type="text"/> %		
心エコー			
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		
三尖弁収縮期 圧較差 (TRPG)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg	TAPSE	<input type="text"/> <input type="text"/> mm
所見	<input type="checkbox"/> 1. 中隔の扁平化 <input type="checkbox"/> 2. 右室拡大 <input type="checkbox"/> 3. 三尖弁逆流 <input type="checkbox"/> 4. 肺動脈弁逆流		
下大静脈径	<input type="text"/> <input type="text"/> mm (吸気) /	<input type="text"/> <input type="text"/> mm (呼気)	
動脈血ガス検査			
安静時 PaO ₂	<input type="text"/> <input type="text"/> Torr		
治療			
<input type="checkbox"/> HOT 使用 <input type="checkbox"/> 肺血管拡張剤の使用			

■ 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

症状

自覚症状	
<input type="checkbox"/> 1. 咳	<input type="checkbox"/> 2. 痰
<input type="checkbox"/> 3. 労作時呼吸困難 (労作時の息切れ)	
<input type="checkbox"/> 4. 倦怠感 (易疲労感)	<input type="checkbox"/> 5. 胸痛
<input type="checkbox"/> 6. 血痰	
<input type="checkbox"/> 7. 喘鳴	<input type="checkbox"/> 8. 体重減少
<input type="checkbox"/> 9. 浮腫	
<input type="checkbox"/> 10. 下肢の腫脹及び疼痛	<input type="checkbox"/> 11. 失神
<input type="checkbox"/> 12. 嘔声	
<input type="checkbox"/> 13. 腹部膨満感	<input type="checkbox"/> 14. 動悸
<input type="checkbox"/> 15. 頸静脈怒脹	
<input type="checkbox"/> 16. 突然の呼吸困難	<input type="checkbox"/> 17. その他の症状 *17 を選択の場合、以下に記入
主要症状	
労作時呼吸困難 (WHO-PH/NYHA 分類)	<input type="checkbox"/> 1. I 度 <input type="checkbox"/> 2. II 度 <input type="checkbox"/> 3. III 度 <input type="checkbox"/> 4. IV 度
肺野にて肺血管性雑音	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
肺高血圧症を示唆する 聴診所見の異常	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	異常の内容
	<input type="checkbox"/> 1. II 音の亢進 <input type="checkbox"/> 2. III/IV 音
	<input type="checkbox"/> 3. 肺動脈弁逆流音 <input type="checkbox"/> 4. 三尖弁逆流音

検査所見

胸部 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
画像所見	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	<input type="checkbox"/> 1. 肺門部肺動脈陰影の拡大 (左第 II 弓の突出又は右肺動脈下行枝の拡大)
	<input type="checkbox"/> 2. 心陰影の拡大 (CTR \geq 50%)
	<input type="checkbox"/> 3. 肺野血管陰影の局所的な差
	<input type="checkbox"/> 4. 肺動脈本幹部の拡大
	<input type="checkbox"/> 5. 末梢肺血管影の狭小化
CTR	<input type="text"/> <input type="text"/> %

心電図			
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		
所見	<input type="checkbox"/> 1. 右軸偏位 <input type="checkbox"/> 2. 右房負荷 <input type="checkbox"/> 3. V1 で $R \geq 5\text{mm}$ 又は $R/S > 1$ <input type="checkbox"/> 4. V5 で $S \geq 7\text{mm}$ 又は $R/S \leq 1$ <input type="checkbox"/> 5. V1~3 の T 波陰転 <input type="checkbox"/> 6. 心房粗細動		
動脈血ガス検査			
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		
室内気	<input type="checkbox"/> 1. 室内気吸入 <input type="checkbox"/> 2. 酸素吸入		
	O_2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	L/min
AaDO ₂	<input type="text"/> <input type="text"/> Torr	PaCO ₂	<input type="text"/> <input type="text"/> Torr
呼吸機能検査			
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		
%VC	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %	%FVC	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %
FEV ₁ /FVC	<input type="text"/> <input type="text"/> %	%FEV ₁	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %
%DLco	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %	%DLco/VA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %
6 分間歩行試験			
検査の実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施		
検査年月	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月		
実施環境	<input type="checkbox"/> 1. 室内気吸入 <input type="checkbox"/> 2. 酸素吸入 *2 を選択の場合、以下に記入		
	O_2	<input type="text"/> <input type="text"/>	L/min
歩行距離	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	m	
lowest SpO ₂	<input type="text"/> <input type="text"/>	%	
BNP 及び尿酸値			
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		
BNP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL	尿酸値	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> mg/dL
NT-proBNP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	pg/mL	

治療その他

在宅酸素療法	<input type="checkbox"/> 1. あり *1の場合、以下より選択 <input type="checkbox"/> 2. なし	
	<input type="checkbox"/> 現在加療中 <input type="checkbox"/> 中止	
	治療期間（自）	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	治療期間（至）	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
PGI2 持続静注、皮下注、 または吸入療法	<input type="checkbox"/> 1. あり *1の場合、以下より選択 <input type="checkbox"/> 2. なし	
	<input type="checkbox"/> 現在加療中 <input type="checkbox"/> 中止	
	薬品名	
	用法	
用量		
経口 PGI2 製剤または PGI2 受容体（IP 受容体） 作動薬	<input type="checkbox"/> 1. あり *1の場合、以下より選択 <input type="checkbox"/> 2. なし	
	<input type="checkbox"/> 現在加療中 <input type="checkbox"/> 中止	
	薬品名	
	一日用量	
エンドセリン 受容体拮抗薬	<input type="checkbox"/> 1. あり *1の場合、以下より選択 <input type="checkbox"/> 2. なし	
	<input type="checkbox"/> 現在加療中 <input type="checkbox"/> 中止	
	薬品名	
	一日用量	

PDE-5 阻害薬	<input type="checkbox"/> 1. あり *1の場合、以下より選択 <input type="checkbox"/> 2. なし	
	<input type="checkbox"/> 現在加療中 <input type="checkbox"/> 中止	
	薬品名	
	一日用量	
可溶性グアニル酸 シクラーゼ (sGC) 刺激薬	<input type="checkbox"/> 1. あり *1の場合、以下より選択 <input type="checkbox"/> 2. なし	
	<input type="checkbox"/> 現在加療中 <input type="checkbox"/> 中止	
	薬品名	
	一日用量	
抗凝固療法	<input type="checkbox"/> 1. あり *1の場合、以下より選択 <input type="checkbox"/> 2. なし	
	<input type="checkbox"/> 現在加療中 <input type="checkbox"/> 中止	
	薬品名	
	用量	
下大静脈フィルター 挿入	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	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
肺移植	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
	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

発症と経過

家族歴（類縁疾患）（新規）				
近親者の疾患	血液凝固異常	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	
	血液凝固異常の病名			
	静脈血栓性疾患	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	
既往歴（新規）				
<input type="checkbox"/> 1. 深部静脈血栓症 <input type="checkbox"/> 2. 急性肺血栓塞栓症 <input type="checkbox"/> 3. 血液凝固異常 <input type="checkbox"/> 4. 抗リン脂質抗体 <input type="checkbox"/> 5. 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 6. 大手術 <input type="checkbox"/> 7. 骨盤腔内手術 <input type="checkbox"/> 8. 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 9. 甲状腺ホルモン補充 <input type="checkbox"/> 10. 脾摘 <input type="checkbox"/> 11. 脳室心室シャント <input type="checkbox"/> 12. ペースメーカー <input type="checkbox"/> 13. 永久型中心静脈カテーテル <input type="checkbox"/> 14. 炎症性腸疾患 <input type="checkbox"/> 15. 骨髄炎・骨髄線維症 <input type="checkbox"/> 16. 冠動脈疾患 <input type="checkbox"/> 17. 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 18. 慢性閉塞性肺疾患 <input type="checkbox"/> 19. 間質性肺炎 <input type="checkbox"/> 20. 睡眠時無呼吸症候群 <input type="checkbox"/> 21. 左室拡張障害 <input type="checkbox"/> 22. 血栓誘因性薬剤使用 *22 を選択の場合、以下に記入 <input type="checkbox"/> 23. 急性例にみられる臨床症状（突然の呼吸困難、胸痛など）の既往 <input type="checkbox"/> 24. 下肢の腫脹及び疼痛				
薬剤名				
右心不全の既往（新規）		<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	
喫煙歴	<input type="checkbox"/> 1. 現在喫煙 <input type="checkbox"/> 2. 過去に喫煙したがやめた <input type="checkbox"/> 3. なし			
	本数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	本/日	年数

■ 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"/>