

127-1 前頭側頭葉変性症

((行動異常型) 前頭側頭型認知症)

■ 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"/>	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>

臨床診断：(1) (2) (3) (4) (5)の全てを満たす	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
---------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

A. 診断基準

(1) 必須項目：進行性の異常行動や認知機能障害を認め、それらにより日常生活が阻害されている	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
(2) 次の A～F のうち 3 項目以上を満たす	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
A. 脱抑制行動：以下の 3 つの症状のうちのいずれか 1 つ以上を満たす	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 1) 社会的に不適切な行動	<input type="checkbox"/> 2) 礼儀やマナーの欠如		
<input type="checkbox"/> 3) 衝動的で無分別や無頓着な行動			
B. 無関心（アパシー）または無気力	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 1) アパシー（動機、意欲、興味の消失）	<input type="checkbox"/> 2) 無気力（行動の開始の減少）		
C. 共感や感情移入の欠如：以下の 2 つの症状のうちのいずれか 1 つ以上を満たす	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 1) 他者の要求や感情に対する反応欠如	<input type="checkbox"/> 2) 社会的な興味や他者との交流、または人間的な温かさの低下や喪失		
D. 固執・常同性：以下の 3 つの症状のうちのいずれか 1 つ以上を満たす	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 1) 単純動作の反復	<input type="checkbox"/> 2) 強迫的（常同的）または儀式的な行動	<input type="checkbox"/> 3) 常同言語	
E. 口唇傾向と食習慣の変化：以下の 3 つの症状のうちのいずれか 1 つ以上を満たす	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 1) 食事嗜好の変化	<input type="checkbox"/> 2) 過食、飲酒、喫煙行動の増加	<input type="checkbox"/> 3) 口唇的探求または異食症	
F. 神経心理学的検査において、記憶や視空間認知能力は比較的保持されているにも関わらず遂行機能障害がみられる	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
(3) 発症年齢が 65 歳以下である	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
(4) 画像検査所見：前頭葉や側頭葉前部に MRI/CT での萎縮か、PET/SPECT で代謝や血流の低下がみられる（脳血管障害が原因と考えられるものは除く） ※画像読影レポートまたはそれと同内容の文書の写し（判読医の氏名の記載されたもの）を添付する	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明

<p>(5)以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。 鑑別できた疾病には☑を記入する。</p>	<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"/> アルツハイマー病 <input type="checkbox"/> 血管性認知症 <input type="checkbox"/> 大脳皮質基底核変性症 <input type="checkbox"/> うつ病などの精神疾患	<input type="checkbox"/> レヴィ小体型認知症 <input type="checkbox"/> 進行性核上性麻痺 <input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> 発達障害

■ 重症度分類に関する事項

<input type="checkbox"/> 0. 社会的に適切な行動を行える <input type="checkbox"/> 1. 態度、共感、行為の適切さに最低限だが明らかな変化 <input type="checkbox"/> 2. 行動、態度、共感、行為の適切さにおいて、軽度ではあるが明らかな変化 <input type="checkbox"/> 3. 対人関係や相互のやり取りに相当な影響を及ぼす中等度の行動変化 <input type="checkbox"/> 4. 対人相互関係が総て一方向性である高度の障害

■ 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

発症と経過

近親発症者の病型	
<input type="checkbox"/> (行動異常型)前頭側頭型認知症	<input type="checkbox"/> 意味性認知症
<input type="checkbox"/> 進行性非流暢性失語	<input type="checkbox"/> 筋萎縮性側索硬化症
<input type="checkbox"/> その他 *その他を選択の場合、以下に記入	
病型	

治療その他

非経口的栄養摂取 (経管栄養、中心静脈栄養など)	<input type="checkbox"/> 1. 実施	<input type="checkbox"/> 2. 未実施	<input type="checkbox"/> 3. 不明						
導入日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月

■ 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"/>	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	□□□□	年 □□ 月 □□ 日	
公費負担者番号	□□□□□□□□			
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	□□□□□□□□			
有効期限	西暦	□□□□	年 □□ 月 □□ 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	□□□□	年 □□ 月 □□ 日