

155 ランドウ・クレフナー症候群

■ 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

A. 症状

1. 発症前の発達正常	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 聴覚失認、語聾などの聴覚言語障害が思春期まで（概ね2～10歳）に発症	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
3. 言語能力の退行（感覚失語、時に全失語にいたる）。一部の症例では一過性の改善を示す。	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
4. てんかん発作の合併は70～80%で、発作頻度は少ない。多くは焦点性発作を呈する。	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
	発作型（複数選択可）
	<input type="checkbox"/> 複雑部分発作 <input type="checkbox"/> 単純部分発作 <input type="checkbox"/> 二次性全般化発作 <input type="checkbox"/> 非定型欠神発作 <input type="checkbox"/> その他の型
	*その他の型を選択の場合、以下に記入
	現在の状況 <input type="checkbox"/> 発作残存 <input type="checkbox"/> 発作消失
5. 認知障害、行動障害を伴う	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

<p>1. 脳波検査では棘波、棘徐波を、両側性、全般性に認める。焦点性異常の側性は一定せず、多焦点を呈することが多く、局在は側頭葉が高頻度である。徐波睡眠期はてんかん性発射の頻度が増し、両側性棘徐波が持続する。</p>	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
	脳波所見の変化
	<input type="checkbox"/> 両側性棘徐波 <input type="checkbox"/> 焦点性異常波 <input type="checkbox"/> 多焦点性異常波 <input type="checkbox"/> 突発性異常波の消失 <input type="checkbox"/> 正常化 <input type="checkbox"/> その他の変化
	*両側性棘徐波の場合、以下より選択
	<input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 消失
	*その他の変化を選択の場合、以下に記入
<p>2. 頭部画像検査では視察的評価における形態的な異常を認めないが、機能検査により非対称性、側頭葉の異常が認められる。</p>	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<p>3. 神経心理検査で聴覚失認、言語障害を認める</p>	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明

C. 鑑別診断

<p>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。</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"/> 中心-側頭部棘波を伴う良性小児てんかん <input type="checkbox"/> レノックス・ガストー症候群 <input type="checkbox"/> 側頭葉てんかん <input type="checkbox"/> 非てんかん性疾患 <input type="checkbox"/> 末梢性難聴 <input type="checkbox"/> 心理的要因 <input type="checkbox"/> 脳血管障害後遺症などによる失語症 <input type="checkbox"/> 自閉症	

<診断のカテゴリー>

<p>発達が正常な児童に症状（A-2、3）を認め、検査所見（B-1）を認める</p>	<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

■ 臨床所見

下記のいずれかの脳機能障害を呈している	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 感覚性言語障害 <input type="checkbox"/> 表出性言語障害 <input type="checkbox"/> 全失語 <input type="checkbox"/> 多弁 <input type="checkbox"/> 行動異常 <input type="checkbox"/> 運動障害	*行動異常の場合、以下より選択		
<input type="checkbox"/> 多動 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> 衝動性 <input type="checkbox"/> その他			

■ 治療その他

有効であった 抗てんかん薬	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明																								
	<table border="1"> <tr> <td rowspan="4">薬剤名</td> <td><input type="checkbox"/> PHT <input type="checkbox"/> PB/PRM <input type="checkbox"/> CBZ <input type="checkbox"/> VPA <input type="checkbox"/> ZNS</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> TPM <input type="checkbox"/> LTG <input type="checkbox"/> LEV <input type="checkbox"/> GBP <input type="checkbox"/> CLB</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> DZP <input type="checkbox"/> ESM <input type="checkbox"/> STP <input type="checkbox"/> RFN <input type="checkbox"/> ACTH</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他の薬剤 *その他の薬剤を選択の場合、以下に記入</td> </tr> </table>	薬剤名	<input type="checkbox"/> PHT <input type="checkbox"/> PB/PRM <input type="checkbox"/> CBZ <input type="checkbox"/> VPA <input type="checkbox"/> ZNS	<input type="checkbox"/> TPM <input type="checkbox"/> LTG <input type="checkbox"/> LEV <input type="checkbox"/> GBP <input type="checkbox"/> CLB	<input type="checkbox"/> DZP <input type="checkbox"/> ESM <input type="checkbox"/> STP <input type="checkbox"/> RFN <input type="checkbox"/> ACTH	<input type="checkbox"/> その他の薬剤 *その他の薬剤を選択の場合、以下に記入																			
	薬剤名		<input type="checkbox"/> PHT <input type="checkbox"/> PB/PRM <input type="checkbox"/> CBZ <input type="checkbox"/> VPA <input type="checkbox"/> ZNS																						
<input type="checkbox"/> TPM <input type="checkbox"/> LTG <input type="checkbox"/> LEV <input type="checkbox"/> GBP <input type="checkbox"/> CLB																									
<input type="checkbox"/> DZP <input type="checkbox"/> ESM <input type="checkbox"/> STP <input type="checkbox"/> RFN <input type="checkbox"/> ACTH																									
<input type="checkbox"/> その他の薬剤 *その他の薬剤を選択の場合、以下に記入																									
その他の治療	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施 <input type="checkbox"/> 3. 不明																								
	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ステロイドパルス治療</td> <td><input type="checkbox"/> 有効</td> <td><input type="checkbox"/> 無効</td> <td><input type="checkbox"/> 判定保留</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ステロイド内服治療</td> <td><input type="checkbox"/> 有効</td> <td><input type="checkbox"/> 無効</td> <td><input type="checkbox"/> 判定保留</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 免疫グロブリン治療</td> <td><input type="checkbox"/> 有効</td> <td><input type="checkbox"/> 無効</td> <td><input type="checkbox"/> 判定保留</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他の免疫修飾療法</td> <td><input type="checkbox"/> 有効</td> <td><input type="checkbox"/> 無効</td> <td><input type="checkbox"/> 判定保留</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> てんかん外科治療</td> <td><input type="checkbox"/> 有効</td> <td><input type="checkbox"/> 無効</td> <td><input type="checkbox"/> 判定保留</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他の治療</td> <td><input type="checkbox"/> あり</td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> ステロイドパルス治療	<input type="checkbox"/> 有効	<input type="checkbox"/> 無効	<input type="checkbox"/> 判定保留	<input type="checkbox"/> ステロイド内服治療	<input type="checkbox"/> 有効	<input type="checkbox"/> 無効	<input type="checkbox"/> 判定保留	<input type="checkbox"/> 免疫グロブリン治療	<input type="checkbox"/> 有効	<input type="checkbox"/> 無効	<input type="checkbox"/> 判定保留	<input type="checkbox"/> その他の免疫修飾療法	<input type="checkbox"/> 有効	<input type="checkbox"/> 無効	<input type="checkbox"/> 判定保留	<input type="checkbox"/> てんかん外科治療	<input type="checkbox"/> 有効	<input type="checkbox"/> 無効	<input type="checkbox"/> 判定保留	<input type="checkbox"/> その他の治療	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> ステロイドパルス治療	<input type="checkbox"/> 有効	<input type="checkbox"/> 無効	<input type="checkbox"/> 判定保留																					
	<input type="checkbox"/> ステロイド内服治療	<input type="checkbox"/> 有効	<input type="checkbox"/> 無効	<input type="checkbox"/> 判定保留																					
	<input type="checkbox"/> 免疫グロブリン治療	<input type="checkbox"/> 有効	<input type="checkbox"/> 無効	<input type="checkbox"/> 判定保留																					
	<input type="checkbox"/> その他の免疫修飾療法	<input type="checkbox"/> 有効	<input type="checkbox"/> 無効	<input type="checkbox"/> 判定保留																					
	<input type="checkbox"/> てんかん外科治療	<input type="checkbox"/> 有効	<input type="checkbox"/> 無効	<input type="checkbox"/> 判定保留																					
<input type="checkbox"/> その他の治療	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし																							

■ 重症度分類に関する事項

「G40 てんかん」の障害等級判定区分

- ハ、ニの発作が月に1回以上ある（1級程度）
- イ、ロの発作が月に1回以上ある、またはハ、ニの発作が年に2回以上ある（2級程度）
- イ、ロの発作が月に1回未満、またはハ、ニの発作が年に2回未満である（3級程度）

てんかん発作のタイプ

- イ. 意識障害はないが、随意運動が失われる発作
- ロ. 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作
- ハ. 意識障害の有無を問わず、転倒する発作
- ニ. 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作

「精神症状・能力障害二軸評価」 (2) 能力障害評価

- 1. 精神障害や知的障害を認めないか、または、精神障害、知的障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通に出来る
- 2. 精神障害、知的障害を認め、日常生活または社会生活に一定の制限を受ける
- 3. 精神障害、知的障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、時に応じて支援を必要とする
- 4. 精神障害、知的障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、常時支援を要する
- 5. 精神障害、知的障害を認め、身の回りのことはほとんど出来ない

上記の精神保健福祉手帳診断基準における「G40 てんかん」の障害等級判定区分および障害者総合支援法における「精神症状・能力障害二軸評価」(2) 能力障害評価で、次のいずれかに該当する

1. 該当 2. 非該当 3. 不明

- 「G40 てんかん」の障害等級が1級程度で、能力障害評価1～5のいずれかを満たす
- 「G40 てんかん」の障害等級が2級程度で、能力障害評価3～5のいずれかを満たす
- 「G40 てんかん」の障害等級が3級程度で、能力障害評価4～5のいずれかを満たす

■ 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。）
- ・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。