

010 シャルコー・マリー・トゥース病

■ 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"/>		
	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
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>

Definite : Probableのうち遺伝学的検査を満たす

Probable : 以下の臨床症状のうち2項目を満たし、神経伝導検査のうち2項目を満たす

臨床症状 筋力低下／筋萎縮 感覚障害 家族歴

他の疾病によらない自律神経障害、声帯麻痺、視力障害、錐体路障害、錐体外路障害などの合併

神経伝導検査 正中神経の運動神経伝導速度が 38m/s 以下

正中神経の運動神経複合活動電位の明らかな低下

他の末梢神経の神経伝導検査で軸索障害または脱髄性障害を認める

いずれにも該当しない

A. 症状

	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
筋力低下	部位 <input type="checkbox"/> 1. 呼吸筋 <input type="checkbox"/> 2. 咽喉頭筋
	上肢 <input type="checkbox"/> 1. 遠位部のみ障害 <input type="checkbox"/> 2. 近位部まで障害
	下肢 <input type="checkbox"/> 1. 遠位部のみ障害 <input type="checkbox"/> 2. 近位部まで障害
筋萎縮	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	上肢 <input type="checkbox"/> 1. 遠位部のみ障害 <input type="checkbox"/> 2. 近位部まで障害
	下肢 <input type="checkbox"/> 1. 遠位部のみ障害 <input type="checkbox"/> 2. 近位部まで障害
感覚障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	部位 <input type="checkbox"/> 1. 遠位部のみ障害 <input type="checkbox"/> 2. 近位部まで障害

B. 検査所見 *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

神経伝導検査			
正中神経（右・左）運動	伝導速度	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m/s

C. 遺伝学的検査

遺伝子異常の有無 異常があった遺伝子には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. 検査範囲内異常なし	<input type="checkbox"/> 3. 検査未実施
<input type="checkbox"/> PMP22 重複	<input type="checkbox"/> PMP22 欠失	<input type="checkbox"/> PMP22 変異	<input type="checkbox"/> AIFM1
<input type="checkbox"/> BAG3	<input type="checkbox"/> MPZ	<input type="checkbox"/> GJB1	<input type="checkbox"/> EGR2
<input type="checkbox"/> ARHGEF10	<input type="checkbox"/> PRX	<input type="checkbox"/> LITAF	<input type="checkbox"/> NEFL
<input type="checkbox"/> GDAP1	<input type="checkbox"/> MTMR2	<input type="checkbox"/> SH3TC2	<input type="checkbox"/> SBF2
<input type="checkbox"/> NDRG1	<input type="checkbox"/> MFN2	<input type="checkbox"/> RAB7	<input type="checkbox"/> GARS
<input type="checkbox"/> HSPB1	<input type="checkbox"/> HSPB8	<input type="checkbox"/> LMNA	<input type="checkbox"/> DNM2
<input type="checkbox"/> YARS	<input type="checkbox"/> AARS	<input type="checkbox"/> KARS	<input type="checkbox"/> APTX
<input type="checkbox"/> SETX	<input type="checkbox"/> TDP1	<input type="checkbox"/> DHH	<input type="checkbox"/> GAN1
<input type="checkbox"/> KCC3	<input type="checkbox"/> COA7	<input type="checkbox"/> DCTN1	<input type="checkbox"/> DHTKD1
<input type="checkbox"/> DNMT1	<input type="checkbox"/> DYNC1H1	<input type="checkbox"/> EPRS	<input type="checkbox"/> FBLN5
<input type="checkbox"/> FGD4	<input type="checkbox"/> GALC	<input type="checkbox"/> GAN	<input type="checkbox"/> GNB4
<input type="checkbox"/> HARS	<input type="checkbox"/> HINT1	<input type="checkbox"/> IGHMBP2	<input type="checkbox"/> INF2
<input type="checkbox"/> KIF1A	<input type="checkbox"/> LRSAM1	<input type="checkbox"/> MARS	<input type="checkbox"/> MME
<input type="checkbox"/> MORC2	<input type="checkbox"/> NEFH	<input type="checkbox"/> PLEKFG5	<input type="checkbox"/> PMP2
<input type="checkbox"/> POLR3B	<input type="checkbox"/> PRPS1	<input type="checkbox"/> RAB7A	<input type="checkbox"/> REEP1
<input type="checkbox"/> RFC1 (5塩基反復配列伸長)	<input type="checkbox"/> SACS	<input type="checkbox"/> SBF1	<input type="checkbox"/> SIGMAR1
<input type="checkbox"/> SLC12A6	<input type="checkbox"/> SLC5A7	<input type="checkbox"/> SORD	<input type="checkbox"/> SURF1
<input type="checkbox"/> TFG	<input type="checkbox"/> TRPV4	<input type="checkbox"/> その他 *その他を選択の場合、以下に記入	

■ 重症度分類に関する事項

modified Rankin Scale (mRS)

- 0. まったく症候がない
- 1. 症候はあっても明らかな障害はない（日常の勤めや活動は行える）
- 2. 軽度の障害
(発症以前の活動がすべて行えるわけではないが、自分の身の回りのことは介助なしに行える)
- 3. 中等度の障害（何らかの介助を必要とするが、歩行は介助なしに行える）
- 4. 中等度から重度の障害（歩行や身体的要求には介助が必要である）
- 5. 重度の障害（寝たきり、失禁状態、常に介護と見守りを必要とする）

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など *500文字以内

検査所見 (この1年間での検査)

神経伝導検査				
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施			
	実施日	西暦	年	月 日
正中神経 (右・左) 運動	右・左	<input type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左	遠位潜時	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ms
	活動電位	<input type="checkbox"/> Peak-Peak <input type="checkbox"/> Level-Peak		
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mV		
	伝導速度	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m/s		
	伝導ブロック	<input type="checkbox"/> 1. + <input type="checkbox"/> 2. -	時間的分散	<input type="checkbox"/> 1. + <input type="checkbox"/> 2. -
正中神経 (右・左) 感覚	右・左	<input type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左	遠位潜時	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ms
	活動電位	<input type="checkbox"/> Peak-Peak <input type="checkbox"/> Level-Peak		
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> μV		
	伝導速度	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m/s		
尺骨神経 (右・左) 運動	右・左	<input type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左	遠位潜時	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ms
	活動電位	<input type="checkbox"/> Peak-Peak <input type="checkbox"/> Level-Peak		
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mV		
	伝導速度	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m/s		
	伝導ブロック	<input type="checkbox"/> 1. + <input type="checkbox"/> 2. -	時間的分散	<input type="checkbox"/> 1. + <input type="checkbox"/> 2. -
尺骨神経 (右・左) 感覚	右・左	<input type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左	遠位潜時	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ms
	活動電位	<input type="checkbox"/> Peak-Peak <input type="checkbox"/> Level-Peak		
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> μV		
伝導速度	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m/s			

脛骨神経 (右・左) 運動	右・左	<input type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左	遠位潜時	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ms
	活動電位	<input type="checkbox"/> Peak-Peak <input type="checkbox"/> Level-Peak		
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mV		
	伝導速度	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m/s		
	伝導ブロック	<input type="checkbox"/> 1. + <input type="checkbox"/> 2. -	時間的分散	<input type="checkbox"/> 1. + <input type="checkbox"/> 2. -
腓腹神経 (右・左) 感覚	右・左	<input type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左	遠位潜時	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ms
	活動電位	<input type="checkbox"/> Peak-Peak <input type="checkbox"/> Level-Peak		
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> μ V		
	伝導速度	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m/s		
	伝導ブロック	<input type="checkbox"/> 1. + <input type="checkbox"/> 2. -	時間的分散	<input type="checkbox"/> 1. + <input type="checkbox"/> 2. -
神経伝導検査の結果	運動神経複合活動電位の明らかな低下		<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当	
他の末梢神経の 神経伝導検査の結果	軸索障害または脱髄性障害を認める		<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当	
神経生検				
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施			
	実施日	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		
腓腹神経 神経生検	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施			
その他の 神経生検	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施			
	実施の場合	<input type="checkbox"/> 1. 有髄線維脱落 <input type="checkbox"/> 2. 節性脱髄 <input type="checkbox"/> 3. onion-bulb <input type="checkbox"/> 4. tomacula <input type="checkbox"/> 5. その他		
神経生検所見				
脳脊髄液所見				
検査実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施			
	実施日	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		
蛋白	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL		細胞数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / μ L

治療その他

この1年間に受けた医療処置			
<input type="checkbox"/> 1. 特別に作製した靴	<input type="checkbox"/> 2. 靴の中底（インソール）	<input type="checkbox"/> 3. 短下肢装具	<input type="checkbox"/> 4. 長下肢装具
<input type="checkbox"/> 5. 上肢装具	<input type="checkbox"/> 6. 杖	<input type="checkbox"/> 7. 車椅子（手動）	<input type="checkbox"/> 8. 車椅子（電動）
<input type="checkbox"/> 9. リハビリ（作業療法・上肢リハビリ）	<input type="checkbox"/> 10. リハビリ（理学療法・下肢リハビリ）		
<input type="checkbox"/> 11. リハビリ・自主トレーニング	<input type="checkbox"/> 12. サプリメント	<input type="checkbox"/> 13. 鎮痛剤	

手術療法 **（新規）**

手術部位：足1回目

手術を受けた年齢	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歳	関節固定	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
骨切り	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	腱の移行	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
神経の手術	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	脊椎変形の矯正	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
その他の手術			

手術部位：足2回目

手術を受けた年齢	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歳	関節固定	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
骨切り	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	腱の移行	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
神経の手術	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	脊椎変形の矯正	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
その他の手術			

手術部位：手1回目

手術を受けた年齢	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歳	関節固定	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
骨切り	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	腱の移行	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
神経の手術	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	脊椎変形の矯正	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
その他の手術			

手術部位：手2回目

手術を受けた年齢	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歳	関節固定	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
骨切り	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	腱の移行	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
神経の手術	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	脊椎変形の矯正	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
その他の手術			

手術部位：股関節 1 回目			
手術を受けた 年齢	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歳	関節固定	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
骨切り	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	腱の移行	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
神経の手術	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	脊椎変形の矯正	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
その他の手術			
手術部位：股関節 2 回目			
手術を受けた 年齢	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歳	関節固定	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
骨切り	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	腱の移行	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
神経の手術	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	脊椎変形の矯正	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
その他の手術			
手術部位：脊椎 1 回目			
手術を受けた 年齢	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歳	関節固定	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
骨切り	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	腱の移行	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
神経の手術	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	脊椎変形の矯正	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
その他の手術			
手術部位：脊椎 2 回目			
手術を受けた 年齢	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歳	関節固定	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
骨切り	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	腱の移行	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
神経の手術	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	脊椎変形の矯正	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
その他の手術			
手術部位：膝 1 回目			
手術を受けた 年齢	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歳	関節固定	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
骨切り	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	腱の移行	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
神経の手術	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	脊椎変形の矯正	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
その他の手術			

手術部位：膝 2 回目			
手術を受けた年齢	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歳	関節固定	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
骨切り	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	腱の移行	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
神経の手術	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	脊椎変形の矯正	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
その他の手術			

手術部位：その他の部位			
その他の部位			
手術を受けた年齢	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歳	関節固定	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
骨切り	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	腱の移行	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
神経の手術	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	脊椎変形の矯正	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
その他の手術			

手術療法 (更新) 手術部位は自由記載			
手術部位			
手術を受けた年齢	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歳	関節固定	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
骨切り	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	腱の移行	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
神経の手術	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	脊椎変形の矯正	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
その他の手術			
手術部位			
手術を受けた年齢	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歳	関節固定	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
骨切り	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	腱の移行	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
神経の手術	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	脊椎変形の矯正	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
その他の手術			

手術部位			
手術を受けた年齢	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歳	関節固定	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
骨切り	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	腱の移行	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
神経の手術	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	脊椎変形の矯正	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
その他の手術			
手術部位			
手術を受けた年齢	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歳	関節固定	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
骨切り	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	腱の移行	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
神経の手術	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし	脊椎変形の矯正	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし
その他の手術			

■ 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"/>											
医療機関所在地												
電話番号	<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"/>