

059 拘束型心筋症

■ 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 年 月 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	-		
	都道府県			
	市区町村			
	丁目番地等			
生年月日	西暦 年 月 日			
性別	☐ 男性 ☐ 女性			
出生地	都道府県			
	市区町村			

■ 基本情報

家族歴	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	
	発症者続柄	
	☐ 1. 父 ☐ 2. 母 ☐ 3. 子 ☐ 4. 同胞（男性） ☐ 5. 同胞（女性） ☐ 6. 祖父（父方） ☐ 7. 祖母（父方） ☐ 8. 祖父（母方） ☐ 9. 祖母（母方） ☐ 10. いとこ ☐ 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入	
	続柄	
発症時期	西暦 年 月	
社会保障		
介護認定	☐ 1. 要介護 ☐ 2. 要支援 ☐ 3. なし	
要介護度	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	
生活状況		
移動の程度	☐ 1. 歩き回るのに問題はない ☐ 2. いくらか問題がある ☐ 3. 寝たきりである	
身の回りの管理	☐ 1. 洗面や着替えに問題はない ☐ 2. いくらか問題がある ☐ 3. 自分でできない	
ふだんの活動	☐ 1. 問題はない ☐ 2. いくらか問題がある ☐ 3. 行うことができない	
痛み／不快感	☐ 1. ない ☐ 2. 中程度ある ☐ 3. ひどい	
不安／ふさぎ込み	☐ 1. 問題はない ☐ 2. 中程度 ☐ 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	☐ 1. なし ☐ 2. あり（等級 ☐ 1 級 ☐ 2 級 ☐ 3 級 ☐ 4 級 ☐ 5 級 ☐ 6 級）	
療育手帳	☐ 1. なし ☐ 2. あり	
精神障害者 保健福祉手帳 （障害者手帳）	☐ 1. なし ☐ 2. あり（等級 ☐ 1 級 ☐ 2 級 ☐ 3 級）	
人工呼吸器等装着者認定基準に該当		
☐ 1. する ☐ 2. しない ☐ 3. 不明		

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

Aの画像・カテーテル診断で1～4の所見を全て有し、Bは全て除外可である	☐ 1. 該当	☐ 2. 非該当
-------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

A. 検査所見（新規）

画像・カテーテル診断		
1. 左室内腔拡大の欠如	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	診断根拠	☐ 1. 心エコー ☐ 2. MRI ☐ 3. その他 *3を選択の場合、以下に記入
2. 心室肥大の欠如	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	診断根拠	☐ 1. 心エコー ☐ 2. MRI ☐ 3. その他 *3を選択の場合、以下に記入
3. 正常に近い左室駆出率	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	診断根拠	☐ 1. 心エコー ☐ 2. MRI ☐ 3. 左室造影 ☐ 4. その他 *4を選択の場合、以下に記入
4. 硬い左室 (左室拡張障害所見)	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	診断根拠	☐ 1. 心エコー ☐ 2. 右心カテーテル ☐ 3. その他 *3を選択の場合、以下に記入

B. 鑑別診断（新規）

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。	☐ 1. 全て除外可	☐ 2. 除外不可	☐ 3. 不明
☐ 1. 収縮性心膜炎 ☐ 4. 肥大型心筋症 ☐ 7. 二次性心筋症	☐ 2. 虚血性心疾患の一部 ☐ 5. 拡張型心筋症 ☐ *7 を選択の場合、以下より選択	☐ 3. 高血圧性心疾患 ☐ 6. 心内膜心筋線維症	
☐ a. 心アミロイドーシス ☐ d. グリコーゲン蓄積症 ☐ g. その他	☐ b. 心サルコイドーシス ☐ e. 放射線心筋障害	☐ c. 心ヘモクロマトーシス ☐ f. 家族性神経筋疾患	

■ 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

拘束型心筋症重症度分類	☐ 1. 軽症：中等症の基準を満たさない ☐ 2. 中等症：NYHA II 度であり、かつ不整脈（2）・入院歴（2）・BNP/NT-proBNP（2）のいずれかを満たす ☐ 3. 重症：NYHA III～IV 度・不整脈（3）・入院歴（3）・BNP/NT-proBNP（3）のいずれかを満たす ☐ 4. 最重症：NYHA IV 度、かつ入院歴（4）を満たす		
NYHA 分類	☐ I	☐ II	☐ III ☐ IV
不整脈	☐ 1. なしまたは散発性期外収縮 ☐ 2. 非持続性心室頻拍または上室性頻脈性不整脈 ☐ 3. 持続性心室頻拍または心室細動		
過去1年の不整脈・心不全治療のための入院歴	☐ 1) なし ☐ 2) 1回 ☐ 3) 2回以上 ☐ 4) 2回以上入院、または持続静注からの離脱不能、補助人工心臓、心臓移植適応のいずれか *3 を選択の場合、以下に記入		
	回数	回	
BNP (pg/mL)	☐ 1) <100 ☐ 2) 100～499 ☐ 3) ≥500 pg/mL		
NT-proBNP (pg/mL)	☐ 1) <400 ☐ 2) 400～1999 ☐ 3) ≥2000 pg/mL		

■ 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

診断（新規）

病型	☐ 1. 特発性（病因不明） ☐ 2. 二次性 ☐ 3. その他
二次性の場合の該当疾患 申請の留意事項	☐ 1. その他の心筋症 ☐ 2. 心筋炎 ☐ 3. アミロイドーシス ☐ 4. サルコイドーシス ☐ 5. ヘモクロマドーシス ☐ 6. 好酸球増多症候群 ☐ 7. 原虫寄生虫感染症 ☐ 8. 悪性新生物 ☐ 9. 放射線治療後 ☐ 10. アレルギー性疾患 ☐ 11. 自己免疫疾患 ☐ 12. 特定薬剤使用・暴露歴 ☐ 13. その他

発症と経過

心筋症に関する 家族歴（新規）	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明		
	病名		
既往歴（新規）			
心筋炎	☐ 1. あり ☐ 2. なし	狭心症・心筋梗塞	☐ 1. あり ☐ 2. なし
弁膜疾患	☐ 1. あり ☐ 2. なし	先天性疾患	☐ 1. あり ☐ 2. なし
糖尿病	☐ 1. あり ☐ 2. なし	血栓塞栓症	☐ 1. あり ☐ 2. なし
高血圧	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
	未治療時血圧（収縮期）	mmHg	
	未治療時血圧（拡張期）	mmHg	
	罹病期間（年）	年	
失神	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
その他の既往			
飲酒歴	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
	程度	☐ 1. 機会飲酒 ☐ 2. 日本酒 1 日一合以上	
	酒量	合/日	

症状（新規）

自覚症状				
自覚症状の有無	☐ 1. あり ☐ 2. なし			
呼吸困難	☐ 1. 安静時 ☐ 2. 軽い日常労作時 ☐ 3. 強い労作時 ☐ 4. なし			
易疲労感 (全身倦怠感)	☐ 1. 安静時 ☐ 2. 軽い日常労作時 ☐ 3. 強い労作時 ☐ 4. なし			
胸痛 (胸部圧迫感)	☐ 1. 安静時 ☐ 2. 軽い日常労作時 ☐ 3. 強い労作時 ☐ 4. なし			
動悸（不整脈）	☐ 1. 安静時 ☐ 2. 軽い日常労作時 ☐ 3. 強い労作時 ☐ 4. なし			
その他	☐ 1. あり ☐ 2. なし			
	その他の内容			
身体所見				
身長	cm	体重	kg	
脈拍	/分	呼吸回数	/分	
収縮期血圧	mmHg	拡張期血圧	mmHg	
頸静脈怒張	☐ 1. あり ☐ 2. なし		肝腫大	☐ 1. あり ☐ 2. なし
浮腫	☐ 1. あり ☐ 2. なし		チアノーゼ	☐ 1. あり ☐ 2. なし
肺ラ音	☐ 1. あり ☐ 2. なし			
	肺ラ音の種類	☐ 1. 乾性 ☐ 2. 湿性		
心音：III 音	☐ 1. あり ☐ 2. なし		心音：IV 音	☐ 1. あり ☐ 2. なし
心雑音	☐ 1. あり *1 の場合、以下より選択 ☐ 2. なし			
	収縮期/拡張期	☐ 1. 収縮期 ☐ 2. 拡張期		

検査所見

血液検査（新規）									
検査年月日		西暦 年 月 日							
血球算定		白血球		/ μ L					
		赤血球		$\times 10^4/\mu$ L					
		ヘモグロビン		g/dL		ヘマトクリット		. %	
血液 生化学		空腹時血糖		mg/dL		総蛋白		g/dL	
		アルブミン		g/dL		AST		IU/L	
		ALT		IU/L		γ -GTP		IU/L	
		LDH		IU/L		☐ 1. IFCC 法		☐ 2. JSCC 法	
		ALP		IU/L		☐ 1. IFCC 法		☐ 2. JSCC 法	
		BUN		mg/dL		クレアチニン		mg/dL	
		尿酸		mg/dL		ナトリウム		mEq/L	
		カリウム		mEq/L		クロール		mEq/L	
免疫		CRP		mg/dL					
胸部 X 線（新規）									
検査年月日		西暦 年 月 日							
心胸比		. %							
肺うっ血		☐ 1. あり ☐ 2. なし		胸水		☐ 1. あり ☐ 2. なし			
その他		☐ 1. あり ☐ 2. なし							
		その他の内容							

心電図（前回記載時からの変化がある場合に記入）（更新）

検査実施	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
	検査日	西暦 年 月 日
前回からの変化		

心電図（新規）

検査実施	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
	検査日	西暦 年 月 日
洞調律	☐ 1. あり ☐ 2. なし	心拍数 回/分
電気軸	☐ + 度 ☐ - 度	上室期外収縮 ☐ 1. あり ☐ 2. なし
心房細動	☐ 1. あり ☐ 2. なし	心房粗動 ☐ 1. あり ☐ 2. なし
心室期外収縮	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	Lown 分類	☐ grade 0 ☐ grade 1 ☐ grade 2 ☐ grade 3 ☐ grade 4a ☐ grade 4b ☐ grade 5
心室頻拍	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	持続性／非持続性	☐ 1. 持続性 ☐ 2. 非持続性（3 連発以上で持続が 30 秒未満のもの）
伝導異常	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	種類	☐ 1. SSS ☐ 2. I 度房室ブロック ☐ 3. II 度房室ブロック ☐ 4. III 度房室ブロック ☐ 5. 右脚ブロック ☐ 6. 左脚ブロック ☐ 7. 心室内伝導障害 ☐ 8. なし
PQ 時間	msec	QRS 時間 msec
QT 時間	msec	
異常 Q 波	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	内容	

T-T 異常		☐ 1. あり ☐ 2. なし													
		最大誘導													
		電位				mV									
その他の異常		内容													
心エコー図（新規）															
検査実施		☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施													
		検査日		西暦				年				月			
検査時の調律															
心拍数				回/分											
左室内径	LVDd			mm		左室壁厚	IVST			mm					
	LVDs			mm			LVPWT			mm					
左室駆出率				%											
左房径				mm		右房径				mm					
下大静脈径				mm											
		呼吸性変動の有無				☐ 1. あり ☐ 2. なし									
壁運動異常		☐ 1. あり ☐ 2. なし													
		部位													
僧帽弁逆流		☐ 1. 軽度 ☐ 2. 中等度 ☐ 3. 高度													
左室流入血流		☐ 1. あり ☐ 2. なし													
左室流入血流・僧帽弁輪速度		E			cm/s		A			cm/s					
		E/A					DcT			ms					
		E'			cm/s		E/E'								

三尖弁逆流	☐ 1. あり ☐ 2. なし				
	圧較差（三尖弁逆流速度から求めた 右室右房間圧較差）			mmHg	
心房拡大	☐ 1. あり ☐ 2. なし				
	☐ 右房 ☐ 左房				
心膜肥厚	☐ 1. あり ☐ 2. なし	心腔内血栓	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
その他の 異常所見	☐ 1. あり ☐ 2. なし				
	内容				
心臓カテーテル検査（新規）					
検査実施	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施				
	検査日	西暦		年 月 日	
冠動脈造影 所見	☐ 1. 正常 ☐ 2. 異常				
	異常の 内容				
大動脈圧	収縮期		mmHg	拡張期	mmHg
	平均	mmHg			
左室圧	収縮期		mmHg	拡張期	mmHg
	拡張 末期圧	mmHg			
右室圧	収縮期		mmHg	拡張期	mmHg
	拡張 末期圧	mmHg			
左室圧と右室圧の 拡張期圧の圧較差		mmHg			
肺動脈圧	収縮期		mmHg	拡張期	mmHg
	平均	mmHg			
肺動脈楔入圧 （平均）		mmHg	右房圧	mmHg	
心拍出量（CO）		L/min	心係数（CI）	L/min/m ²	

心内膜下 心筋生検（新規）	☐ 1. 正常 ☐ 2. 異常 ☐ 3. 未実施	
	異常の内容	☐ 1. 間質の線維化 ☐ 2. 心筋細胞肥大 ☐ 3. 錯綜配列 ☐ 4. その他 *4 を選択の場合、以下に記入
シンチグラム（新規）		
検査実施	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
	検査日	西暦 年 月 日
核種		
壁運動低下	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	内容	
左室駆出率	. %	
その他の 異常所見	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	内容	
心臓CT（新規）		
検査実施	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
	検査日	西暦 年 月 日
CT 所見における 心膜肥厚の有無	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
心臓MRI（新規）		
検査実施	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
	検査日	西暦 年 月 日
MRI 所見における 心膜肥厚・癒着の有無	☐ 1. あり ☐ 2. なし	

運動耐容能検査				
検査実施	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施			
	検査日	西暦		年 月 日
検査プロトコール	☐ 1) トレッドミル ☐ 2) 自転車 ☐ 3) 6 分間歩行			
ガス交換比 ($R:VCO_2/VO_2$)				
最大 Mets		Mets	最大心拍数	回/min
6 分間歩行距離		m		
peak VO_2		mL/min/kg		
	基準値に対して ☐ 1) 80%以上 ☐ 2) 60～80% ☐ 3) 40～60% ☐ 4) 施行不能あるいは 40%未満			
嫌気性代謝閾値 (AT)		mL/min/kg		
運動耐容能検査所見 の変化	☐ 1. 変化あり ☐ 2. 変化なし			
	所見			

身体活動能力質問表	
症状が出現する最少運動量	. Mets
1. 夜、楽に眠れますか？ (1Met 以下)	☐ 1. はい ☐ 2. つらい ☐ 3. わからない
2. 横になっていると楽ですか？ (1Met 以下)	☐ 1. はい ☐ 2. つらい ☐ 3. わからない
3. 一人で食事や洗面ができますか？ (1.6Mets)	☐ 1. はい ☐ 2. つらい ☐ 3. わからない
4. トイレは一人で楽にできますか？ (2Mets)	☐ 1. はい ☐ 2. つらい ☐ 3. わからない
5. 着替えが一人でできますか？ (2Mets)	☐ 1. はい ☐ 2. つらい ☐ 3. わからない
6. 炊事や掃除ができますか？ (2～3Mets)	☐ 1. はい ☐ 2. つらい ☐ 3. わからない
7. 自分で布団を敷けますか？ (2～3Mets)	☐ 1. はい ☐ 2. つらい ☐ 3. わからない
8. ぞうきんがけはできますか？ (3～4Mets)	☐ 1. はい ☐ 2. つらい ☐ 3. わからない
9. シャワーを浴びても平気ですか？ (3～4Mets)	☐ 1. はい ☐ 2. つらい ☐ 3. わからない
10. ラジオ体操をしても平気ですか？ (3～4Mets)	☐ 1. はい ☐ 2. つらい ☐ 3. わからない
11. 健康な人と同じ速度で平地を 100～200m 歩いても平気ですか？ (3～4Mets)	☐ 1. はい ☐ 2. つらい ☐ 3. わからない
12. 庭いじり (軽い草むしりなど) をしても平気ですか？ (4Mets)	☐ 1. はい ☐ 2. つらい ☐ 3. わからない
13. 一人で風呂に入れますか？ (4～5Mets)	☐ 1. はい ☐ 2. つらい ☐ 3. わからない
14. 健康な人と同じ速度で 2 階まで昇っても平気ですか？ (5～6Mets)	☐ 1. はい ☐ 2. つらい ☐ 3. わからない
15. 軽い農作業 (庭掘りなど) はできますか？ (5～7Mets)	☐ 1. はい ☐ 2. つらい ☐ 3. わからない
16. 平地で急いで 200m 歩いても平気ですか？ (6～7Mets)	☐ 1. はい ☐ 2. つらい ☐ 3. わからない
17. 雪かきはできますか？ (6～7Mets)	☐ 1. はい ☐ 2. つらい ☐ 3. わからない
18. テニス (又は卓球) をしても平気ですか？ (6～7Mets)	☐ 1. はい ☐ 2. つらい ☐ 3. わからない
19. ジョギング (時速 8km 程度) を 300～400m しても平気ですか？ (7～8Mets)	☐ 1. はい ☐ 2. つらい ☐ 3. わからない
20. 水泳をしても平気ですか？ (7～8Mets)	☐ 1. はい ☐ 2. つらい ☐ 3. わからない
21. なわとびをしても平気ですか？ (8Mets 以上)	☐ 1. はい ☐ 2. つらい ☐ 3. わからない



遺伝学的検査（新規）

遺伝子異常の有無		☐ 1. あり	☐ 2. 検査範囲内異常なし	☐ 3. 検査未実施
結果				

治療その他

使用薬剤等				
ジギタリス	☐ 1. あり ☐ 2. なし			
	薬品名			
	用量			
	治療効果	☐ 1. 改善	☐ 2. 不変	☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明
利尿薬	☐ 1. あり ☐ 2. なし			
	薬品名			
	用量			
	治療効果	☐ 1. 改善	☐ 2. 不変	☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明
ACE 阻害薬	☐ 1. あり ☐ 2. なし			
	薬品名			
	用量			
	治療効果	☐ 1. 改善	☐ 2. 不変	☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明



AII 受容体拮抗薬	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	薬品名	
	用量	
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明
β 遮断薬	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	薬品名	
	用量	
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明
抗不整脈薬	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	薬品名	
	用量	
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明
血管拡張薬	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	薬品名	
	用量	
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明

カテコラミン	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	薬品名	
	用量	
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明
その他薬剤	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	薬品名	
	用量	
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明
その他		
補助循環	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	☐ 1. 体内式 ☐ 2. 体外式	
	内容	
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明
心移植	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	内容	
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明
その他（非薬物治療を含む）の内容		

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

使用の有無	☐ 1. あり		
開始時期	西暦 年 月		
離脱の見込み	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
種類	☐ 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器 ☐ 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器		
施行状況	☐ 1. 間欠的施行 ☐ 2. 夜間に継続的に施行 ☐ 3. 一日中施行 ☐ 4. 現在は未施行		
生活状況	食事	☐ 自立	☐ 部分介助 ☐ 全介助
	車椅子とベッド間の移動	☐ 自立 ☐ 軽度介助 ☐ 部分介助 ☐ 全介助	
	整容	☐ 自立	☐ 部分介助/不可能
	トイレ動作	☐ 自立	☐ 部分介助 ☐ 全介助
	入浴	☐ 自立	☐ 部分介助/不可能
	歩行	☐ 自立 ☐ 軽度介助 ☐ 部分介助 ☐ 全介助	
	階段昇降	☐ 自立	☐ 部分介助 ☐ 不能
	着替え	☐ 自立	☐ 部分介助 ☐ 全介助
	排便コントロール	☐ 自立	☐ 部分介助 ☐ 全介助
	排尿コントロール	☐ 自立	☐ 部分介助 ☐ 全介助

医療機関名												
指定医番号												
医療機関所在地												
電話番号												
	*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					年			月			日
診断年月日	西暦					年			月			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	☐ 認定 ☐ 不認定											
研究同意の有無	☐ 有 ☐ 無											
受給者番号												
有効期限	西暦					年			月			日
階層区分	☐ 生活保護 ☐ 低所得Ⅰ ☐ 低所得Ⅱ ☐ 一般所得Ⅰ ☐ 一般所得Ⅱ ☐ 上位所得 ☐ その他											
軽症者登録	☐ 有 ☐ 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		