

069 後縦靱帯骨化症

■ 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>

Definite : Bの画像所見に加え、Aの所見が認められ、それが靱帯骨化と因果関係がある	☐ 1. 該当	☐ 2. 非該当
--	--------------------------------	---------------------------------

A. 臨床所見

自覚症状・身体所見			
1. 四肢・躯幹のしびれ、痛み、感覚障害	☐ 1. あり	☐ 2. なし	☐ 3. 不明
2. 四肢・躯幹の運動障害	☐ 1. あり	☐ 2. なし	☐ 3. 不明
3. 膀胱直腸障害	☐ 1. あり	☐ 2. なし	☐ 3. 不明
4. 脊柱の可動域制限	☐ 1. あり	☐ 2. なし	☐ 3. 不明
5. 四肢の腱反射異常	☐ 1. あり	☐ 2. なし	☐ 3. 不明
6. 四肢の病的反射	☐ 1. あり	☐ 2. なし	☐ 3. 不明

B. 検査所見

画像所見			
1. 単純X線写真： 脊柱靱帯骨化巣 (後縦靱帯骨化又は 黄色靱帯骨化) がみられる	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当		
	検査年月日	西暦 年 月 日	
	頤椎	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 未撮影	
		認められた靱帯骨化	☐ 1. 後縦靱帯 ☐ 2. 黄色靱帯
	胸椎	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 未撮影	
		認められた靱帯骨化	☐ 1. 後縦靱帯 ☐ 2. 黄色靱帯
	腰椎	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 未撮影	
		認められた靱帯骨化	☐ 1. 後縦靱帯 ☐ 2. 黄色靱帯

2. CT：脊柱管内に 靱帯骨化がみられる	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当			
	検査年月日	西暦		年 月 日
	頸椎	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 未撮影		
		認められた靱帯骨化	☐ 1. 後縦靱帯 ☐ 2. 黄色靱帯	
	胸椎	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 未撮影		
		認められた靱帯骨化	☐ 1. 後縦靱帯 ☐ 2. 黄色靱帯	
	腰椎	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 未撮影		
		認められた靱帯骨化	☐ 1. 後縦靱帯 ☐ 2. 黄色靱帯	
3. MRI：靱帯骨化巣 による脊髄圧迫が みられる	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当			
	検査年月日	西暦		年 月 日
	頸椎	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 未撮影		
		認められた靱帯骨化	☐ 1. 後縦靱帯 ☐ 2. 黄色靱帯	
	胸椎	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 未撮影		
		認められた靱帯骨化	☐ 1. 後縦靱帯 ☐ 2. 黄色靱帯	
	腰椎	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 未撮影		
		認められた靱帯骨化	☐ 1. 後縦靱帯 ☐ 2. 黄色靱帯	
	脊髄圧迫	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 未撮影		

C. 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. 強直性脊椎炎	☐ 2. 変形性脊椎症	☐ 3. 強直性脊椎骨増殖症		
☐ 4. 脊柱管狭窄症	☐ 5. 椎間板ヘルニア	☐ 6. 脊柱奇形		
☐ 7. 脊椎・脊髄腫瘍	☐ 8. 運動ニューロン疾患	☐ 9. 痙性脊髄麻痺（家族性痙性対麻痺）		
☐ 10. 多発ニューロパチー	☐ 11. 脊髄炎	☐ 12. 末梢神経障害		
☐ 13. 筋疾患	☐ 14. 脊髄小脳変性症	☐ 15. 脳血管障害		
☐ 16. その他				

■ 重症度分類に関する事項

靱帯骨化による運動機能障害	
画像所見で後縦靱帯骨化または黄色靱帯骨化が証明される	☐ 1. はい ☐ 2. いいえ
それが神経障害の原因となって、日常生活上支障となる 著しい運動機能障害を伴う	☐ 1. はい ☐ 2. いいえ
機能評価	
評価年月日	西暦 年 月 日
☐ 頸髄症：I 上肢運動機能、II 下肢運動機能のいずれかが2点以下 ☐ 頸髄症：I、II の合計点が6点または7点であっても手術治療を行う場合 ☐ 胸髄症あるいは腰髄症：II 下肢運動の評価項目が2点以下 ☐ 胸髄症あるいは腰髄症：II が3点でも手術治療を行う場合 ☐ いずれにも該当しない	
I 上肢運動機能	☐ 0. 箸又はスプーンのいずれを用いても自力では食事をすることができない。 ☐ 1. スプーンを用いて自力で食事ができるが、箸ではできない。 ☐ 2. 不自由ではあるが、箸を用いて食事ができる。 ☐ 3. 箸を用いて日常食事をしているが、ぎこちない。 ☐ 4. 正常

II 下肢運動機能	☐ 0. 歩行できない。 ☐ 1. 平地でも杖又は支持を必要とする。 ☐ 2. 平地では杖又は支持を必要としないが、階段ではこれらを要する。 ☐ 3. 平地・階段ともに杖又は支持を必要としないが、ぎこちない。 ☐ 4. 正常
-----------	--

今後手術予定の部位					
頸椎前方	☐ 1. あり ☐ 2. なし	時期	西暦		年 月
頸椎後方	☐ 1. あり ☐ 2. なし	時期	西暦		年 月
胸椎前方	☐ 1. あり ☐ 2. なし	時期	西暦		年 月
胸椎後方	☐ 1. あり ☐ 2. なし	時期	西暦		年 月
腰椎前方	☐ 1. あり ☐ 2. なし	時期	西暦		年 月
腰椎後方	☐ 1. あり ☐ 2. なし	時期	西暦		年 月

■ 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

ア. 臨床所見

生活機能障害度	
☐ 1. 日常生活、通院にほとんど介助を要しない ☐ 2. 日常生活、通院に部分介助を要する ☐ 3. 日常生活に全面的な介助を要し、独力では歩行起立不能	
血液・生化学検査所見の異常	☐ 1. あり ☐ 2. なし

イ. 治療その他

今まで手術した部位				
頸椎前方	☐ 1. あり ☐ 2. なし	時期	西暦	年 月
頸椎後方	☐ 1. あり ☐ 2. なし	時期	西暦	年 月
胸椎前方	☐ 1. あり ☐ 2. なし	時期	西暦	年 月
胸椎後方	☐ 1. あり ☐ 2. なし	時期	西暦	年 月
腰椎前方	☐ 1. あり ☐ 2. なし	時期	西暦	年 月
腰椎後方	☐ 1. あり ☐ 2. なし	時期	西暦	年 月

ウ. 機能評価

評価年月日	西暦 年 月 日	
知覚	上肢	☐ 0. 明白な知覚障害がある。 ☐ 1. 軽度の知覚障害又はしびれ感がある。 ☐ 2. 正常
	下肢	☐ 0. 明白な知覚障害がある。 ☐ 1. 軽度の知覚障害又はしびれ感がある。 ☐ 2. 正常
	躯幹	☐ 0. 明白な知覚障害がある。 ☐ 1. 軽度の知覚障害又はしびれ感がある。 ☐ 2. 正常

膀胱	☐ 0. 尿閉 ☐ 1. 高度の排尿困難（残尿感、努嘔、淋瀝） ☐ 2. 軽度の排尿困難（頻尿、開始遅延） ☐ 3. 正常
----	---

■ 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		