

115-1 遺伝性周期性四肢麻痺
(遺伝性低カリウム性周期性四肢麻痺)

■ 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 1 : ①②③に加え⑥あるいは⑦を認め、鑑別診断を除外できること
☐ Definite 2 : ①の項目の一部、②③④⑤に加え⑥あるいは⑦を認め、鑑別診断を除外できること
☐ Probable 1 : ①②③④を認め、鑑別診断を除外できること
☐ Probable 2 : ①の項目の一部、②③④⑤を認め、鑑別診断を除外できること
☐ いずれにも該当しない

A. 症状

① 以下の特徴を持つ麻痺（筋力低下）発作を呈する	☐ 1. 全て該当 ☐ 2. 一部該当 ☐ 3. 不明
☐ 意識は清明 ☐ 呼吸筋・嚥下筋は侵されない ☐ 発作は夜間から早朝に出現することが多い ☐ 激しい運動後の休息、高炭水化物食あるいはストレスが誘因となった発作がある	☐ 発作時血清カリウム濃度が著明な低値を示す ☐ 発作持続は数時間から1日程度
② 発症は5歳から20歳	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
③ 発作間欠期には、筋力低下やCK上昇を認めない	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
④ 針筋電図でミオトニー放電を認めない	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
⑤ 発作間欠期にProlonged exercise test（運動試験）で振幅の漸減現象を認める	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
⑥ 常染色体性優性遺伝の家族歴	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明
⑦ 本疾患特異的な遺伝子変異所見	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明

B. 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。	☐ 1. あり ☐ 2. 検査範囲内異常なし ☐ 3. 検査未実施
☐ 骨格筋型カルシウムチャネル α サブユニット ☐ 骨格筋型ナトリウムチャネル α サブユニット ☐ その他の遺伝子 *その他の遺伝子を選択の場合、以下に記入	
変異（タンパク質（アミノ酸）レベルでの記載）	

C. 鑑別診断

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
☐ 甲状腺機能亢進症	☐ アルコール多飲		
☐ カリウム排泄性の利尿剤 カンゾウ（甘草）の服用			
☐ 原発性アルドステロン症	☐ バーター（Bartter）症候群		
☐ 腎細尿管性アシドーシス	☐ 慢性下痢・嘔吐		

■ 重症度分類に関する事項

Barthel Index	
食事	☐ 1. 自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終わる（10点） ☐ 2. 部分介助（たとえば、おかずを切って細かくしてもらう）（5点） ☐ 3. 全介助（0点）
車椅子からベッドへの移動	☐ 1. 自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む（歩行自立も含む）（15点） ☐ 2. 軽度の部分介助または監視を要する（10点） ☐ 3. 座ることは可能であるがほぼ全介助（5点） ☐ 4. 全介助または不可能（0点）
整容	☐ 1. 自立（洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り）（5点） ☐ 2. 部分介助または不可能（0点）
トイレ動作	☐ 1. 自立（衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む）（10点） ☐ 2. 部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する（5点） ☐ 3. 全介助または不可能（0点）
入浴	☐ 1. 自立（5点） ☐ 2. 部分介助または不可能（0点）
歩行	☐ 1. 45m以上の歩行、補装具（車椅子、歩行器は除く）の使用の有無は問わず（15点） ☐ 2. 45m以上の介助歩行、歩行器の使用を含む（10点） ☐ 3. 歩行不能の場合、車椅子にて45m以上の操作可能（5点） ☐ 4. 上記以外（0点）

階段昇降	☐ 1. 自立、手すりなどの使用の有無は問わない（10 点） ☐ 2. 介助または監視を要する（5 点） ☐ 3. 不能（0 点）
着替え	☐ 1. 自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む（10 点） ☐ 2. 部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分でできる（5 点） ☐ 3. 上記以外（0 点）
排便コントロール	☐ 1. 失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能（10 点） ☐ 2. ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む（5 点） ☐ 3. 上記以外（0 点）
排尿コントロール	☐ 1. 失禁なし、収尿器の取り扱いも可能（10 点） ☐ 2. ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む（5 点） ☐ 3. 上記以外（0 点）
合計点数	/100 点

麻痺発作重症度（最低 6 か月の診療観察期間の後に判定する）

☐ 軽 症：歩行に介助を要する状態が 1 時間以上続く麻痺発作のあった日が、平均で月に 1 日未満 ☐ 中等症：歩行に介助を要する状態が 1 時間以上続く麻痺発作のあった日が、平均で月に 1 日以上 ☐ 重 症：歩行に介助を要する状態が 1 時間以上続く麻痺発作のあった日が、平均して月に 4 日以上

■ 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. 治療その他

薬物治療	☐ 1. 実施	☐ 2. 未実施	☐ 3. 不明
☐ カリウム製剤（予防投与）	☐ カリウム製剤（屯用）	☐ アセタゾラミド	
☐ カリウム保持性利尿薬	☐ 他の薬剤 *他の薬剤を選択の場合、以下に記入		

■ 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	「■重症度分類に関する事項」の「Barthel Index」を参照

医療機関名												
指定医番号												
医療機関所在地												
電話番号												
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ます。）
- ・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		