

## 002 筋萎縮性側索硬化症

## ■ 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	<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"/>	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>

成人発症かつ進行性で、Aで1つ以上の領域に上位運動ニューロン徴候を認め、AまたはBで2つ以上の領域に下位運動ニューロン徴候を認め、Eを満たす

成人発症かつ進行性で、身体の1領域以上にAの上位運動ニューロン徴候及びAまたはBの下位運動ニューロン徴候を認め、Cのいずれかを満たし、Eを満たす

いずれにも該当しない

A. 症状 (新規)

運動系		
	上位運動ニューロン徴候	下位運動ニューロン徴候 筋力低下、筋萎縮、線維束性収縮、腱反射の減弱ないし消失
脳神経領域	<input type="checkbox"/> 1. 下顎反射亢進 <input type="checkbox"/> 2. 口尖らし反射 <input type="checkbox"/> 3. 偽性球麻痺 <input type="checkbox"/> 4. 情動調節障害 (強制泣き・笑い)	<input type="checkbox"/> 1. 顎 <input type="checkbox"/> 2. 顔面 <input type="checkbox"/> 3. 舌 <input type="checkbox"/> 4. 咽・喉頭
頸部・上肢領域 (頸髄領域)	<input type="checkbox"/> 1. 上肢腱反射亢進 <input type="checkbox"/> 2. ホフマン反射 <input type="checkbox"/> 3. 上肢痙縮 <input type="checkbox"/> 4. 萎縮筋の腱反射残存	<input type="checkbox"/> 1. 頸部 <input type="checkbox"/> 2. 上肢帯 <input type="checkbox"/> 3. 上腕
体幹領域 (胸髄領域)	<input type="checkbox"/> 1. 腹壁皮膚反射消失 <input type="checkbox"/> 2. 体幹部腱反射亢進	<input type="checkbox"/> 1. 胸腹部 <input type="checkbox"/> 2. 背部
腰部・下肢領域 (腰仙髄領域)	<input type="checkbox"/> 1. 下肢腱反射亢進 <input type="checkbox"/> 2. 下肢痙縮 <input type="checkbox"/> 3. バビンスキー徴候 <input type="checkbox"/> 4. 萎縮筋の腱反射残存	<input type="checkbox"/> 1. 腰部 <input type="checkbox"/> 2. 大腿 <input type="checkbox"/> 3. 下腿 <input type="checkbox"/> 4. 足
※下位運動ニューロン徴候は、針筋電図所見でも代用可		

## B. 検査所見 (新規)

針筋電図	
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
進行性脱神経の所見 (線維束自発電位、陽性鋭波、 線維自発電位)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	部位 <input type="checkbox"/> 1. 脳神経領域 <input type="checkbox"/> 2. 頸部・上肢領域 <input type="checkbox"/> 3. 体幹領域 <input type="checkbox"/> 4. 腰部・下肢領域
慢性脱神経の所見 (運動単位電位の減少・動員遅延、 高振幅・長持続時間、多相性電位)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	部位 <input type="checkbox"/> 1. 脳神経領域 <input type="checkbox"/> 2. 頸部・上肢領域 <input type="checkbox"/> 3. 体幹領域 <input type="checkbox"/> 4. 腰部・下肢領域

## C. 遺伝学的検査 (新規)

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"/> Cu/Zn SOD (SOD1) <input type="checkbox"/> TDP-43 (TARDBP) <input type="checkbox"/> FUS/TLS <input type="checkbox"/> その他	

## D. 経過

経過	<input type="checkbox"/> 1. 進行性 <input type="checkbox"/> 2. 進行後停止 <input type="checkbox"/> 3. 軽快 <input type="checkbox"/> 4. その他
----	---

## E. 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。		<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可 <input type="checkbox"/> 2. 除外不可 <input type="checkbox"/> 3. 不明
脳幹・脊髄疾患	<input type="checkbox"/> 1. 腫瘍 <input type="checkbox"/> 2. 多発性硬化症 <input type="checkbox"/> 3. 頸椎症 <input type="checkbox"/> 4. 後縦靭帯骨化症	
末梢神経疾患	<input type="checkbox"/> 1. 多巣性運動ニューロパチー <input type="checkbox"/> 2. 遺伝性ニューロパチー	
筋疾患	<input type="checkbox"/> 1. 筋ジストロフィー <input type="checkbox"/> 2. 多発性筋炎 <input type="checkbox"/> 3. 封入体筋炎	
下位運動ニューロン障害のみを示す変性疾患	<input type="checkbox"/> 脊髄性 (進行性) 筋萎縮症	
上位運動ニューロン障害のみを示す変性疾患	<input type="checkbox"/> 原発性側索硬化症	

■ 重症度分類に関する事項

生活における重症度分類

- 1. 家事・就労はおおむね可能。
- 2. 家事・就労は困難だが、日常生活（身の回りのこと）はおおむね自立。
- 3. 自力で食事、排泄、移動のいずれか1つ以上ができず、日常生活に介助を要する。
- 4. 呼吸困難、痰の喀出困難、あるいは嚥下障害がある。
- 5. 気管切開、非経口的栄養摂取（経管栄養、中心静脈栄養など）、人工呼吸器使用。

■ 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

発症と経過（新規）

初発症状	
嚥下障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
構音障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
頸部筋力低下（首下がりになど）	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
上肢筋力低下	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	優位部 <input type="checkbox"/> 1. 近位 <input type="checkbox"/> 2. 遠位 <input type="checkbox"/> 3. びまん性
	左右 <input type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左 <input type="checkbox"/> 3. 両側
下肢筋力低下	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	優位部 <input type="checkbox"/> 1. 近位 <input type="checkbox"/> 2. 遠位 <input type="checkbox"/> 3. びまん性
	左右 <input type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左 <input type="checkbox"/> 3. 両側
呼吸障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
初発症状（自由記載） *50文字以内	

症状（新規）

脳神経			
眼球運動障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	嚥下障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
構音障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	舌萎縮	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
呼吸障害の有無		<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	
歩行、姿勢、協調運動			
小脳症状（体幹失調・四肢失調）の有無		<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	

錐体外路症候									
無動	<input type="checkbox"/> 1.あり		<input type="checkbox"/> 2.なし						
筋強剛	<input type="checkbox"/> 1.なし <input type="checkbox"/> 2.軽微な筋強剛、または他の部位の随意運動で誘発される筋強剛 <input type="checkbox"/> 3.軽度～中等度の筋強剛 <input type="checkbox"/> 4.高度の筋強剛、しかし関節可動域は正常 <input type="checkbox"/> 5.著明な筋強剛、正常可動域を動かすには困難を伴う								
その他									
筋力									
参考：筋力のグレード									
0：筋の収縮なし			1：筋収縮はあるが関節は動かない						
2：重力に抗しない運動可能			3：重力に抗して可動域全体にわたって運動可能						
4：重力と弱い抵抗に抗して、可動域全体にわたって運動可能			5：正常						
頸部前屈			<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
肩関節外転 (三角筋など)	右			<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	左			<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
肘関節屈曲 (上腕二頭筋など)	右			<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	左			<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
手関節背屈	右			<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	左			<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
股関節屈曲 (腸腰筋など)	右			<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	左			<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
足関節背屈	右			<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	左			<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
筋萎縮を認める部位			<input type="checkbox"/> 1. 頸筋群	<input type="checkbox"/> 2. 右上肢	<input type="checkbox"/> 3. 左上肢	<input type="checkbox"/> 4. 右上肢帯筋			
				<input type="checkbox"/> 5. 左上肢帯筋	<input type="checkbox"/> 6. 傍脊柱筋	<input type="checkbox"/> 7. 右腰帯筋	<input type="checkbox"/> 8. 左腰帯筋		
				<input type="checkbox"/> 9. 右下肢	<input type="checkbox"/> 10. 左下肢	<input type="checkbox"/> 11. 顔面筋			

感覚障害					
しびれ感	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	深部覚低下	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし
温痛覚低下	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	疼痛感	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし
その他	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし				
	障害				
自律神経系					
膀胱直腸障害	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	起立性低血圧	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし
発汗障害	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし				
その他	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし				
	障害				
認知機能・精神症状					
認知症・認知機能低下	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし				

治療その他

経管栄養	<input type="checkbox"/> 1.経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 2.胃瘻・腸瘻 <input type="checkbox"/> 3.未施行								
	導入日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月
経静脈栄養	<input type="checkbox"/> 1.実施 <input type="checkbox"/> 2.未実施								
	導入日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月
非侵襲的陽圧換気 (BiPAP 等)	<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.未施行								
	導入日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月
気管切開	<input type="checkbox"/> 1.実施 <input type="checkbox"/> 2.未実施								
	導入日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月



現在の日常生活動作 (ADL)

言語	<input type="checkbox"/> 1. 発話正常 <input type="checkbox"/> 2. 発話障害が認められる <input type="checkbox"/> 3. 繰り返し聞くと意味が分かる <input type="checkbox"/> 4. 声以外の伝達手段と発話を併用 <input type="checkbox"/> 5. 実用的発話の喪失
書字	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 遅いまたは書きなぐる (全単語が判読可能) <input type="checkbox"/> 3. 一部の単語が判読不可能 <input type="checkbox"/> 4. ペンは握れるが、字を書けない <input type="checkbox"/> 5. ペンが握れない
歩行・移動	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. やや歩行が困難 <input type="checkbox"/> 3. 杖などの器物または人による介助歩行 <input type="checkbox"/> 4. 歩行不可能 (車椅子などで生活) <input type="checkbox"/> 5. 足を動かすことができない (全面介助移動)
着衣、身の周りの動作	<input type="checkbox"/> 1. 正常にできる <input type="checkbox"/> 2. 努力して、一人で完全にできる <input type="checkbox"/> 3. ときおり手助けまたは代わりの方法が必要 <input type="checkbox"/> 4. しばしば手助けが必要 <input type="checkbox"/> 5. 全面介助である
唾液分泌	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 口内の唾液はわずかだが、明らかに過剰 (夜間はよだれが垂れることがある) <input type="checkbox"/> 3. 中等度に過剰な唾液 (わずかによだれが垂れることがある) <input type="checkbox"/> 4. 顕著に過剰な唾液 (よだれが垂れる) <input type="checkbox"/> 5. 著しいよだれ (絶えずティッシュやハンカチを必要とする)
寝床での動作	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 幾分遅く、ぎこちないが助けを必要としない <input type="checkbox"/> 3. 独りで寝返りをうったり、寝具を整えられるが非常に苦勞する <input type="checkbox"/> 4. 寝返りを始めることはできるが、独りで寝返りをうったり、寝具を整えることができない <input type="checkbox"/> 5. 自分ではどうすることもできない

階段登り	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 遅い <input type="checkbox"/> 3. 軽度の不安定または疲労 <input type="checkbox"/> 4. 介助が必要 <input type="checkbox"/> 5. 登れない
食器用具の使い方 (経管栄養なし)	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 幾分遅く、ぎこちないが、他人の助けを必要としない <input type="checkbox"/> 3. フォークは使えるが、はしは使えない <input type="checkbox"/> 4. 食物は誰かに切ってもらわなくてはならないが、何とかフォークまたはスプーンで食べる事ができる <input type="checkbox"/> 5. 誰かに食べさせてもらわなくてはいけない
指先の動作 (経管栄養実施の場合)	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. ぎこちないが全ての手先の作業ができる <input type="checkbox"/> 3. ボタンやファスナーを留めるのにある程度手助けが必要 <input type="checkbox"/> 4. 介護者にわずかに面倒をかける (身の回りの動作に手助けが必要) <input type="checkbox"/> 5. 全く何もできない

嚥下

嚥下	<input type="checkbox"/> 1. 正常な食事習慣 <input type="checkbox"/> 2. 初期の摂食障害、時に食物をつまらせる <input type="checkbox"/> 3. 形態をかえて食べる必要有 (きざみ食等) <input type="checkbox"/> 4. 補助的な経管栄養または点滴を必要とする <input type="checkbox"/> 5. 全面的に経管栄養か点滴 (経口摂取不可能)
----	---

呼吸

呼吸困難	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. 歩行中に起こる <input type="checkbox"/> 3. 日常動作のいずれかで起こる <input type="checkbox"/> 4. 座位または臥位いずれかで起こる <input type="checkbox"/> 5. 極めて強く呼吸補助装置を考慮する
------	--

起座呼吸	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 1. なし</li><li><input type="checkbox"/> 2. 息切れのため夜間の睡眠がやや困難</li><li><input type="checkbox"/> 3. 眠るのに支えとする枕が必要</li><li><input type="checkbox"/> 4. 座位でないと眠れない</li><li><input type="checkbox"/> 5. 全く眠ることができない</li></ul>
呼吸不全 (呼吸が自然にできない)	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 1. なし</li><li><input type="checkbox"/> 2. 間欠的に呼吸補助装置 (BiPAP) が必要</li><li><input type="checkbox"/> 3. 夜間に継続的に呼吸補助装置 (BiPAP) が必要</li><li><input type="checkbox"/> 4. 1 日中呼吸補助装置 (BiPAP) が必要</li><li><input type="checkbox"/> 5. 挿管または気管切開による人工呼吸が必要</li></ul>

■ 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 <input type="text"/> <input type="text"/>
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												
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"/> <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"/> <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	<input type="text"/>	被保険者記号	<input type="text"/>
	被保険者番号	<input type="text"/>	被保険者 個人単位枝番	<input type="text"/>
	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