

020 副腎白質ジストロフィー

■ 行政記載欄

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"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
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"/> <input type="text"/>							
住所								
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	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
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							
発症年月	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

■ 診断基準に関する事項

病型

<input type="checkbox"/> 1. 小児大脳型	<input type="checkbox"/> 2. 思春期大脳型	<input type="checkbox"/> 3. 副腎脊髄ニューロパチー (AMN)
<input type="checkbox"/> 4. 成人大脳型	<input type="checkbox"/> 5. 小脳・脳幹型	<input type="checkbox"/> 6. アジソン型
<input type="checkbox"/> 7. 女性発症者	<input type="checkbox"/> 8. その他 (発症前男性等)	

A. 症状

1. 精神症状	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	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
	症状	
2. 知能障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	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
	症状	

3. 視力低下	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	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
	症状	
4. 歩行障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	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
	症状	
	(歩行障害の状態) *1の場合、以下より選択	
	<input type="checkbox"/> 1. 移動に車椅子が必要 <input type="checkbox"/> 2. 臥床状態 <input type="checkbox"/> 3. なし <input type="checkbox"/> 4. 不明	
	車椅子時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
臥床時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月	
5. 錐体路徴候	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	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
	症状	
6. 感覚障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	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
	症状	
7. 自立神経障害 (排尿障害、陰萎)	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	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
	症状	

8. 副腎不全症状	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	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
	症状	
9. 聴力低下	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	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
	症状	
10. 感覚障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	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
	症状	
11. 嚥下障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	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
	症状	
12. 言語障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	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
	症状	

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

1. 検査			
<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
改訂 長谷川式 簡易知能評価スケール	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 点		
小児		成人	
小児 DQ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	成人 WAIS-R F	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
小児 WISC-III FIQ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	成人 WAIS-R VIQ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
小児 WISC-III VIQ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	成人 WAIS-R PIQ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
小児 WISC-III PIQ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	成人 WAIS-III FIQ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
小児 WISC-IV F	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	成人 WAIS-III VIQ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
小児 WISC-IV VCI	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	成人 WAIS-III PIQ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
小児 WISC-IV PRI	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
2. 極長鎖脂肪酸分析			
<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		
方法 (試料)	<input type="checkbox"/> 1. 血清スフィンゴミエリン <input type="checkbox"/> 2. 血漿総脂質 <input type="checkbox"/> 3. 赤血球膜脂質		
極長鎖脂肪酸の増加	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
C26:0/C22:0	値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	正常値 (自)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	正常値 (至) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
C25:0/C22:0	値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	正常値 (自)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	正常値 (至) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
C24:0/C22:0	値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	正常値 (自)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	正常値 (至) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

3. 副腎機能検査	
副腎不全 有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
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
ACTH 値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL
	検査年月日 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
rapid ACTH test	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 低反応
	検査年月日 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
4. 頭部 MRI	
<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
T2 高信号域	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	部位 <input type="checkbox"/> 1. 後頭 <input type="checkbox"/> 2. 頭頂 <input type="checkbox"/> 3. 前頭 <input type="checkbox"/> 4. 側頭 <input type="checkbox"/> 5. 錐体路 <input type="checkbox"/> 6. 小脳 <input type="checkbox"/> 7. 脊髄小脳路 <input type="checkbox"/> 8. 脊髄
ガドリニウム造影効果	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
萎縮性病変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	部位 <input type="checkbox"/> 1. 大脳 <input type="checkbox"/> 2. 小脳 <input type="checkbox"/> 3. 脳幹 <input type="checkbox"/> 4. 脊髄
脱髄	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	部位 <input type="checkbox"/> 1. 後頭 <input type="checkbox"/> 2. 頭頂 <input type="checkbox"/> 3. 前頭 <input type="checkbox"/> 4. 側頭 <input type="checkbox"/> 5. 錐体路 <input type="checkbox"/> 6. 小脳 <input type="checkbox"/> 7. 脊髄小脳路 <input type="checkbox"/> 8. 脊髄
5. 頭部 CT	
<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
低吸収域	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	部位 <input type="checkbox"/> 1. 後頭 <input type="checkbox"/> 2. 頭頂 <input type="checkbox"/> 3. 前頭 <input type="checkbox"/> 4. 側頭 <input type="checkbox"/> 5. 錐体路 <input type="checkbox"/> 6. 小脳 <input type="checkbox"/> 7. 脊髄小脳路 <input type="checkbox"/> 8. 脊髄

萎縮性病変	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明			
	部位	<input type="checkbox"/> 1. 大脳	<input type="checkbox"/> 2. 小脳	<input type="checkbox"/> 3. 脳幹 <input type="checkbox"/> 4. 脊髄
脱髄	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明			
	部位	<input type="checkbox"/> 1. 後頭	<input type="checkbox"/> 2. 頭頂	<input type="checkbox"/> 3. 前頭 <input type="checkbox"/> 4. 側頭
		<input type="checkbox"/> 5. 錐体路	<input type="checkbox"/> 6. 小脳	<input type="checkbox"/> 7. 脊髄小脳路 <input type="checkbox"/> 8. 脊髄
6. 神経生理学的検査				
ABR	<input type="checkbox"/> 1. 異常あり <input type="checkbox"/> 2. 異常なし			
	所見			
SEP	<input type="checkbox"/> 1. 異常あり <input type="checkbox"/> 2. 異常なし			
	所見			
VEP	<input type="checkbox"/> 1. 異常あり <input type="checkbox"/> 2. 異常なし			
	所見			
末梢神経伝導検査	<input type="checkbox"/> 1. 異常あり <input type="checkbox"/> 2. 異常なし			
	所見			

C. 遺伝学的検査

遺伝子検査の実施	<input type="checkbox"/> 1. 実施	<input type="checkbox"/> 2. 非実施
<input type="checkbox"/> ABCD1 遺伝子 (<input type="checkbox"/> 1. 男性 : ヘミ接合性変異 <input type="checkbox"/> 2. 女性 : ヘテロ接合性変異 <input type="checkbox"/> 3. 不明)		

D. 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。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可	<input type="checkbox"/> 2. 除外不可	<input type="checkbox"/> 3. 不明
小児期発症例	<input type="checkbox"/> 1. 注意欠陥多動障害	<input type="checkbox"/> 2. 学習障害	<input type="checkbox"/> 3. 心身症 <input type="checkbox"/> 4. 視力障害
	<input type="checkbox"/> 5. 難聴	<input type="checkbox"/> 6. アジソン病	<input type="checkbox"/> 7. 脳腫瘍
	<input type="checkbox"/> 8. 亜急性硬化性全脳炎 (SSPE)	<input type="checkbox"/> 9. 他の白質ジストロフィー	

成人発症例	<input type="checkbox"/> 1. 家族性痙性対麻痺	<input type="checkbox"/> 2. 多発性硬化症	<input type="checkbox"/> 3. 精神病	<input type="checkbox"/> 4. 認知症
	<input type="checkbox"/> 5. 脊髄小脳変性症	<input type="checkbox"/> 6. アジソン病	<input type="checkbox"/> 7. 脳腫瘍	
	<input type="checkbox"/> 8. 悪性リンパ腫	<input type="checkbox"/> 9. 他の白質ジストロフィー		

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> Definite (発症者) : A-1~8 の1つ以上が該当し、B-2 が高値で、B-3~6 のいずれかで異常を認める
<input type="checkbox"/> Definite (発症前男性) : 家族内に発症者又は保因者がおり、かつ、B-2 が高値である男児
<input type="checkbox"/> Definite (女性発症者) : A-1~8 の1つ以上が該当し、かつ、B-3~6 のいずれかで異常を認める女性で、かつ、以下の3項目のいずれかに該当する場合
<input type="checkbox"/> 家族内に発症者又は保因者がいる
<input type="checkbox"/> B-2 が高値
<input type="checkbox"/> Cで遺伝子変異をヘテロ接合で有する
<input type="checkbox"/> Definite : Cで遺伝子変異が同定された男性
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない

症状の概要、経過、特記すべき事項など *250文字以内かつ7行以内

■ 発症と経過

経過	
家族内に保因者	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
運動	<input type="checkbox"/> 1. 独歩 <input type="checkbox"/> 2. 介助歩行 <input type="checkbox"/> 3. 坐位 <input type="checkbox"/> 4. ねがえり <input type="checkbox"/> 5. ねたきり
社会生活	<input type="checkbox"/> 1. 就労 <input type="checkbox"/> 2. 就学 (普通級) <input type="checkbox"/> 3. 就学 (支援級) <input type="checkbox"/> 4. 未就学/未就労
ADL	<input type="checkbox"/> 1. 自立 <input type="checkbox"/> 2. 部分介助 <input type="checkbox"/> 3. 全介助

■ 治療その他

造血細胞移植				
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
ドナー	<input type="checkbox"/> 1. 血縁骨髄 <input type="checkbox"/> 2. 臍帯血 <input type="checkbox"/> 3. 非血縁骨髄			
治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明			
副腎皮質ホルモン				
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
最大投与量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日			
治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明			
その他				
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
内容				
治療効果	<input type="checkbox"/> 1. 改善 <input type="checkbox"/> 2. 不変 <input type="checkbox"/> 3. 悪化 <input type="checkbox"/> 4. 不明			

■ 重症度分類に関する事項

診断基準に関する事項のすべての病型を対象とする	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
-------------------------	----------------------------------------------------------------

■ 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"/>	<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	印 ※自筆または押印のこと											
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

- ・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。
- ・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。