

070 広範脊柱管狭窄症

■ 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

A. 症状

| | |
|--|--|
| 自覚症状 | |
| 1. 四肢・躯幹の痛み | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| 2. しびれ | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| 3. 筋力低下 | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| 4. 運動障害 | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| 5. 脊椎性間欠跛行 | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| 6. 排尿・排便障害 | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| 生活機能障害度 | |
| <input type="checkbox"/> 1. 日常生活、通院にほとんど介助を要しない <input type="checkbox"/> 2. 日常生活、通院に部分介助を要する | |
| <input type="checkbox"/> 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 | |

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

| 単純X線写真上、脊椎症性変化（骨棘形成、椎間板腔狭小化） | |
|---------------------------------|--|
| 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 |
| 頸椎 | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし |
| 胸椎 | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし |
| 腰椎 | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし |
| MRI による硬膜管狭小又は髄内信号変化の証明 | |
| 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 |
| 頸椎 | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未撮影 |
| 胸椎 | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未撮影 |
| 腰椎 | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未撮影 |
| CT による脊柱管狭小化の証明 | |
| 頸椎 | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未撮影 |
| 胸椎 | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未撮影 |
| 腰椎 | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未撮影 |
| CT ミエロによる明らかな硬膜管狭小化の証明 | |
| 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 |
| 頸椎 | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未撮影 |
| 胸椎 | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未撮影 |
| 腰椎 | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未撮影 |
| 総合評価 | |
| 1. 頸椎、胸椎、腰椎の2か所以上で脊柱管狭小化を証明できる。 | <input type="checkbox"/> 1. 証明できる <input type="checkbox"/> 2. 証明できない |
| 2. 脊髄、馬尾、神経根の圧迫 | <input type="checkbox"/> 1. 認められる <input type="checkbox"/> 2. 認められない |
| 3. 画像上の脊柱管狭小化と症状との間に因果関係 | <input type="checkbox"/> 1. 認められる <input type="checkbox"/> 2. 認められない |

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。 | <input type="checkbox"/> 1. 全て除外可 | <input type="checkbox"/> 2. 除外不可 | <input type="checkbox"/> 3. 不明 |
| <input type="checkbox"/> 1. 変形性脊椎症（神経学的障害を伴わない） | <input type="checkbox"/> 2. 椎間板ヘルニア | | |
| <input type="checkbox"/> 3. 脊椎・脊髄腫瘍 | <input type="checkbox"/> 4. 脊椎すべり症（神経学的障害を伴わない） | | |
| <input type="checkbox"/> 5. 腹部大動脈瘤 | <input type="checkbox"/> 6. 閉塞性動脈硬化症 | <input type="checkbox"/> 7. 末梢神経障害 | |
| <input type="checkbox"/> 8. 運動ニューロン疾患 | <input type="checkbox"/> 9. 脊髄小脳変性症 | <input type="checkbox"/> 10. 多発性神経炎 | |
| <input type="checkbox"/> 11. 脳血管障害 | <input type="checkbox"/> 12. 筋疾患 | <input type="checkbox"/> 13. 後縦靭帯骨化症 | |
| <input type="checkbox"/> 14. 黄色靭帯骨化症 | | | |

<診断のカテゴリー>

| | | |
|--|--------------------------------|---------------------------------|
| Definite：A. 症状（神経根、脊髄及び馬尾症状）と画像所見による脊柱管狭小化を総合的に診断し、B. 検査所見の総合評価1～3を全て満たす | <input type="checkbox"/> 1. 該当 | <input type="checkbox"/> 2. 非該当 |
|--|--------------------------------|---------------------------------|

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（新規）

| | |
|---|--|
| 既往歴 | |
| <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし | |
| 既往の種類 | <input type="checkbox"/> 1. 外傷 <input type="checkbox"/> 2. 糖尿病 <input type="checkbox"/> 3. 内分泌疾患 <input type="checkbox"/> 4. 骨系統疾患 |
| 内分泌疾患の病名 | |
| 骨系統疾患の病名 | |

■ 治療その他

| 今まで手術した部位 | | | | |
|-----------|---|----|----|---|
| 頸椎前方 | <input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし | 時期 | 西暦 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 |
| 頸椎後方 | <input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし | 時期 | 西暦 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 |
| 胸椎前方 | <input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし | 時期 | 西暦 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 |
| 胸椎後方 | <input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし | 時期 | 西暦 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 |
| 腰椎前方 | <input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし | 時期 | 西暦 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 |
| 腰椎後方 | <input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし | 時期 | 西暦 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 |
| 今後手術予定の部位 | | | | |
| 頸椎前方 | <input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし | 時期 | 西暦 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 |
| 頸椎後方 | <input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし | 時期 | 西暦 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 |
| 胸椎前方 | <input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし | 時期 | 西暦 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 |
| 胸椎後方 | <input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし | 時期 | 西暦 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 |
| 腰椎前方 | <input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし | 時期 | 西暦 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 |
| 腰椎後方 | <input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし | 時期 | 西暦 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 |

■ 重症度分類に関する事項

| 機能評価 | |
|--|--|
| 評価年月日 | 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 |
| <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> いずれにも該当しない | |

| | | |
|-----------|---|--|
| I 上肢運動機能 | <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 2. 不自由ではあるが、箸を用いて食事ができる。 <input type="checkbox"/> 3. 箸を用いて日常食事をしているが、ぎこちない。 <input type="checkbox"/> 4. 正常 | |
| II 下肢運動機能 | <input type="checkbox"/> 0. 歩行できない。 <input type="checkbox"/> 1. 平地でも杖又は支持を必要とする。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 4. 正常 | |
| 知覚 | 上肢 | <input type="checkbox"/> 0. 明白な知覚障害がある。 <input type="checkbox"/> 1. 軽度の知覚障害又はしびれ感がある。 <input type="checkbox"/> 2. 正常 |
| | 下肢 | <input type="checkbox"/> 0. 明白な知覚障害がある。 <input type="checkbox"/> 1. 軽度の知覚障害又はしびれ感がある。 <input type="checkbox"/> 2. 正常 |
| | 躯幹 | <input type="checkbox"/> 0. 明白な知覚障害がある。 <input type="checkbox"/> 1. 軽度の知覚障害又はしびれ感がある。 <input type="checkbox"/> 2. 正常 |
| 膀胱 | <input type="checkbox"/> 0. 尿閉 <input type="checkbox"/> 1. 高度の排尿困難（残尿感、努嘔、淋瀝） <input type="checkbox"/> 2. 軽度の排尿困難（頻尿、開始遅延） <input type="checkbox"/> 3. 正常 | |
| 脊椎性間欠性跛行 | <input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし | |

■ 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"/> | 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。