

075 クッシング病

■ 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 <input type="text"/> <input type="text"/>	*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. 主要所見

理学所見（治療前）					
脈拍	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	回/分	体温	<input type="text"/> <input type="text"/>	度
拡張期血圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mmHg	収縮期血圧	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mmHg
身長・体重等					
発病前最大	身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	.	<input type="text"/>	cm
	体重	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	.	<input type="text"/>	kg
確診時	身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	.	<input type="text"/>	cm
	体重	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	.	<input type="text"/>	kg
現在	身長	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	.	<input type="text"/>	cm
	体重	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	.	<input type="text"/>	kg

主症状 (治療前)					
診断日	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				
特異的症候	1. 満月様顔貌	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし		
	2. 中心性肥満	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし		
	3. 水牛様脂肪沈着	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし		
	4. 皮膚線条 (巾 1cm 以上)	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし		
	5. 皮膚ひ薄化	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし		
	6. 皮下溢血	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし		
	7. 筋力低下	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし		
	8. 肥満を伴った成長発育の遅延	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし		
非特異的症候	9. 高血圧	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし		
	10. 月経異常 (女性のみ)	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし		
	11. 座瘡	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし		
	12. 多毛	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし		
	13. 浮腫	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし		
	14. 耐糖能異常	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし		
	15. 骨粗鬆症	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし		
	16. 色素沈着	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし		
	17. 精神障害	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし		
合併症					
合併症の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	糖尿病	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
狭心症	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
脳梗塞	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	脳出血	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
高脂血症	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	肝障害	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし

腎障害	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	運動障害	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし
多発性内分泌腫瘍症 I 型	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	成長遅延	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし
Nelson 症候群	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし			
その他の合併症	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし			
	合併症				

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

検査所見 (治療前)														
検査年月日	(自)	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	
	(至)	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	
朝血中コルチゾール	測定値	<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"/>	<input type="text"/>	μg/dL
	基準値 (自)	<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"/>	<input type="text"/>	μg/dL
	基準値 (至)	<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"/>	<input type="text"/>	μg/dL
深夜睡眠時コルチゾール	測定値	<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"/>	<input type="text"/>	μg/dL
	基準値 (自)	<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"/>	<input type="text"/>	μg/dL
	基準値 (至)	<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"/>	<input type="text"/>	μg/dL
深夜唾液中コルチゾール	測定値	<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"/>	<input type="text"/>	μg/dL
	基準値 (自)	<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"/>	<input type="text"/>	μg/dL
	基準値 (至)	<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"/>	<input type="text"/>	μg/dL
血中 ACTH	測定値	<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"/>	<input type="text"/>	pg/mL
	基準値 (自)	<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"/>	<input type="text"/>	pg/mL
	基準値 (至)	<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"/>	<input type="text"/>	pg/mL

尿中遊離コルチゾール	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	μg/日
	基準値 (自)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	μg/日
	基準値 (至)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	μg/日
負荷試験 (治療前)			
デキサメタゾン抑制試験 (0.5mg)	項目	<input type="checkbox"/> 1. 抑制される <input type="checkbox"/> 2. 抑制されない	
	負荷前 コルチゾール	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	μg/dL
	負荷後 コルチゾール	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	μg/dL
デキサメタゾン抑制試験 (8mg)	項目	<input type="checkbox"/> 1. 抑制される <input type="checkbox"/> 2. 抑制されない	
	負荷前 コルチゾール	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	μg/dL
	負荷後 コルチゾール	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	μg/dL
DDAVP 試験 血中 ACTH		<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 過剰 <input type="checkbox"/> 3. 無反応 <input type="checkbox"/> 4. 不明	
	前値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	pg/mL
	頂値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	pg/mL
CRH 試験 血中 ACTH		<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 過剰 <input type="checkbox"/> 3. 無反応 <input type="checkbox"/> 4. 不明	
	前値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	pg/mL
	頂値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	pg/mL
その他の検査所見 (治療前)			
検査年月日	(自)	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	
	(至)	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	
白血球	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	/μL	好酸球 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
HbA1c	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	%	カリウム <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
血中 コレステロール	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dL	

ブドウ糖負荷	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g			
	血糖前値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL		
	60分	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	120分	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
画像所見（下垂体）（治療前）				
単純X線	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		
	トルコ鞍拡大	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
	その他			
CT	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		
	下垂体腫瘍の有無	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
	所見			
MRI	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		
	下垂体腫瘍の有無	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
	所見			
画像所見（副腎）（治療前）				
CT	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		
	腫大の有無	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
	部位	<input type="checkbox"/> 1.両側 <input type="checkbox"/> 2.右 <input type="checkbox"/> 3.左		
MRI	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		
	腫大の有無	<input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし		
	部位	<input type="checkbox"/> 1.両側 <input type="checkbox"/> 2.右 <input type="checkbox"/> 3.左		

副腎 シンチグラフィー	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											
	シンチグラフィー の所見	<input type="checkbox"/> 1. 正常						<input type="checkbox"/> 2. 異常					
その他													
選択的静脈洞血サンプリング													
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												
ACTH 基礎値	中枢	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				pg/mL	末梢	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				pg/mL	
	c/p 比												
CRH 負荷後	中枢	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				pg/mL	末梢	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				pg/mL	
	c/p 比												
病理検査													
下垂体腺腫	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし												
	所見												
	ACTH 免疫染色	<input type="checkbox"/> 1. 陽性						<input type="checkbox"/> 2. 陰性					
副腎	<input type="checkbox"/> 1. 正常			<input type="checkbox"/> 2. 腫瘍			<input type="checkbox"/> 3. 結節			<input type="checkbox"/> 4. 過形成			

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> Definite : 下記の 1、2、3 および 4 の①②③④を満たす
<input type="checkbox"/> Probable : 下記の 1、2、3 および 4 の①②③を満たす
<input type="checkbox"/> Possible : 下記の 1、2、3 を満たす
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない
<p>1. 主要項目 : A. の主症状の特異的症候 (1~8) および非特異的主症候 (9~17) の中から、それぞれ一つ以上を認める</p> <p>2. 検査所見 : B. の血中 ACTH と血中コルチゾール (同時測定) が高値~正常を示し、かつ尿中遊離コルチゾールが高値~正常を示すもの</p> <p>3. スクリーニング検査 : (B. 検査所見より)</p> <p>① デキサメタゾン抑制試験 (0.5mg) において血中コルチゾール値が 5μg/dL 以上を示す</p> <p>② 複数日において深夜睡眠時の血中コルチゾール値が 5μg/dL 以上を示す</p> <p>③ DDAVP 試験は、DDAVP (4μg) 静注後の血中 ACTH 値が前値の 1.5 倍以上を示す</p> <p>④ 複数日において深夜唾液コルチゾール値が、その施設における平均値の 1.5 倍以上を示す</p> <p>*①は必須で、さらに②~④のいずれかを満たす場合、ACTH 依存性クッシング症候群を考え、異所性 ACTH 症候群との鑑別を目的に確定診断検査を行う</p> <p>4. 確定診断検査 : (B. 検査所見より)</p> <p>① CRH 試験においてヒト CRH (100μg) 静注後の血中 ACTH 頂値が前値の 1.5 倍以上に増加</p> <p>② デキサメタゾン抑制試験 (8mg) において血中コルチゾール値が前値の半分以下に抑制される</p> <p>③ MRI 検査より下垂体腫瘍の存在を証明</p> <p>④ 選択的静脈洞血サンプリング検査において血中 ACTH の C/P 比が 2 以上 (CRH 負荷後は 3 以上) ならクッシング病、2 未満 (CRH 負荷後は 3 未満) なら異所性 ACTH 産生腫瘍の可能性が高い</p>

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

現在の活動状況	<input type="checkbox"/> 1. 正常人と同じ	<input type="checkbox"/> 2. やや制限	<input type="checkbox"/> 3. 中等度制限	<input type="checkbox"/> 4. 高度制限
発病後年月	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年	<input type="text"/> <input type="text"/> か月		

■ 治療その他

下垂体手術	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	種類	<input type="checkbox"/> 1. 経蝶形骨洞 <input type="checkbox"/> 2. 開頭
	施設名	
	手術年月	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
その他の治療	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施	
	実施年月	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
	内容	

■ 重症度分類に関する事項 最も重症度の高い項目を疾患の重症度とする

血清 コルチゾール 濃度	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> $\mu\text{g}/\text{dL}$	尿中遊離 コルチゾール 排泄量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> $\mu\text{g}/\text{日}$
<input type="checkbox"/> 1. 軽症	血清コルチゾール濃度 10 $\mu\text{g}/\text{dL}$ 以下 尿中遊離コルチゾール排泄量 100 $\mu\text{g}/\text{日}$ 以下		
<input type="checkbox"/> 2. 中等症	血清コルチゾール濃度 10.1~20 $\mu\text{g}/\text{dL}$ 尿中遊離コルチゾール排泄量 101~300 $\mu\text{g}/\text{日}$		
<input type="checkbox"/> 3. 重症	血清コルチゾール濃度 20.1 $\mu\text{g}/\text{dL}$ 以上 尿中遊離コルチゾール排泄量 301 $\mu\text{g}/\text{日}$ 以上		

■ 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。
- ・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。