

110 ブラウ症候群

■ 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"/>	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"/>							
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

臨床症状の発作型	<input type="checkbox"/> 1. 遷延型 <input type="checkbox"/> 2. 再発性 <input type="checkbox"/> 3. 混合型	
発作時の症状	38 度以上の発熱	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	38 度未満の微熱	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	倦怠感	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	不快感	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	気分障害	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	体重減少	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
	熱感・体温上昇と連動しない悪寒	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし

再発・混合型の場合	発作時に一定の傾向	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
	ありの場合 平均発作期間	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 日	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 時間
	年間発作回数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 回	
	発作パターン	<input type="checkbox"/> 1. 規則的	<input type="checkbox"/> 2. 不規則
	季節性	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
	発熱時の悪寒	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし
	発作の誘因 (すべて記載)	<input type="checkbox"/> 1. 寒冷 <input type="checkbox"/> 2. 心身ストレス <input type="checkbox"/> 3. ワクチン <input type="checkbox"/> 4. 感染 <input type="checkbox"/> 5. 外傷 <input type="checkbox"/> 6. 食物 <input type="checkbox"/> 7. 月経 <input type="checkbox"/> 8. 疲労 <input type="checkbox"/> 9. 旅行 <input type="checkbox"/> 10. その他	
皮膚症状			
1. 充実性の丘疹	<input type="checkbox"/> 1. 認める	<input type="checkbox"/> 2. 認めない	<input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 結節性紅斑	<input type="checkbox"/> 1. 認める	<input type="checkbox"/> 2. 認めない	<input type="checkbox"/> 3. 不明
関節症状			
3. 関節背面の 無痛性囊腫状腫脹	<input type="checkbox"/> 1. 認める	<input type="checkbox"/> 2. 認めない	<input type="checkbox"/> 3. 不明
4. 手指、足趾の ソーセージ様腫脹	<input type="checkbox"/> 1. 認める	<input type="checkbox"/> 2. 認めない	<input type="checkbox"/> 3. 不明
眼症状			
5. ブドウ膜炎	<input type="checkbox"/> 1. 認める	<input type="checkbox"/> 2. 認めない	<input type="checkbox"/> 3. 不明
6. 虹彩後癒着	<input type="checkbox"/> 1. 認める	<input type="checkbox"/> 2. 認めない	<input type="checkbox"/> 3. 不明
7. 結膜炎	<input type="checkbox"/> 1. 認める	<input type="checkbox"/> 2. 認めない	<input type="checkbox"/> 3. 不明
8. 網膜炎	<input type="checkbox"/> 1. 認める	<input type="checkbox"/> 2. 認めない	<input type="checkbox"/> 3. 不明
9. 視神経萎縮	<input type="checkbox"/> 1. 認める	<input type="checkbox"/> 2. 認めない	<input type="checkbox"/> 3. 不明
リンパ組織病変			
両側肺門部 リンパ節腫脹	<input type="checkbox"/> 1. 認める	<input type="checkbox"/> 2. 認めない	<input type="checkbox"/> 3. 不明

該当するものを選択	<input type="checkbox"/> 1. 全身リンパ節腫大 <input type="checkbox"/> 2. 頸部リンパ節腫大 <input type="checkbox"/> 3. 肝腫大 <input type="checkbox"/> 4. 脾腫大 <input type="checkbox"/> 5. 有痛性リンパ節病変 <input type="checkbox"/> 6. その他		
	その他の部位		
既往			
BCG 接種	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	BCG 接種時期	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歳	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> か月
初発症状	<input type="checkbox"/> 1. 高熱 <input type="checkbox"/> 2. 弛張熱 <input type="checkbox"/> 3. その他 *3 を選択の場合、以下に記入		
初発症状の時期	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歳	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> か月	

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

血液検査			
白血球	<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常 <input type="checkbox"/> 3. 低値		
	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	/ μ L
好中球	<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常 <input type="checkbox"/> 3. 低値		
	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	/ μ L
単球数	<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常 <input type="checkbox"/> 3. 低値		
	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	/ μ L
血小板	<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常 <input type="checkbox"/> 3. 低値		
	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	$\times 10^4$ / μ L
CRP	<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常		
	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mg/dL
赤沈	<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常		
	測定値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mm/hr

血清アミロイドA		<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常			
		測定値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
プロカルシトニン		<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常			
		測定値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
AST	<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常				
	測定値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	IU/L
LDH	<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常				
	測定値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	IU/L
CRE	<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常				
	測定値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/dL
AST		<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常			
		測定値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ALP		<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常 <input type="checkbox"/> 3. 低値			
		測定値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BUN		<input type="checkbox"/> 1. 高値 <input type="checkbox"/> 2. 正常			
		測定値	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
抗核抗体		<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性			
その他陽性自己抗体					
尿検査					
尿潜血		<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性		尿白血球	
				<input type="checkbox"/> 1. 陽性 <input type="checkbox"/> 2. 陰性	
画像診断					
脳・脊髄 MRI・CT 検査		撮影日	西暦	<input type="text"/>	年
				<input type="text"/>	月
				<input type="text"/>	日
病変の数		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	か所
病変の部位 (すべてを選択)		<input type="checkbox"/> 1. 中枢神経病変		<input type="checkbox"/> 2. 慢性髄膜炎	
		<input type="checkbox"/> 3. 視床・神経節病変		<input type="checkbox"/> 4. 脳幹・小脳病変	
		<input type="checkbox"/> 5. 白質病変		<input type="checkbox"/> 6. 皮質病変	
		<input type="checkbox"/> 7. 脊髄病変		<input type="checkbox"/> 8. 内耳病変	
		<input type="checkbox"/> 9. 皮質周囲炎		<input type="checkbox"/> 10. 静脈洞血	
		<input type="checkbox"/> 11. 脳萎			
病理診断					
肉芽腫		<input type="checkbox"/> 1. 非乾酪性		<input type="checkbox"/> 2. 類上皮細胞性	
				<input type="checkbox"/> 3. なし	

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"/> NOD2 遺伝子 <input type="checkbox"/> 疾患関連変異 あり <input type="checkbox"/> 疾患関連変異 なし		

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> 確定例：臨床症状（以下 a. ～c.）のいずれかに加え、NOD2 遺伝子に変異を認める <input type="checkbox"/> a. 皮膚症状 <input type="checkbox"/> b. 関節症状 <input type="checkbox"/> c. 眼症状
<input type="checkbox"/> 組織学的診断例：臨床症状（以下 a. ～c.）のいずれかに加え、罹患部位の組織学的検査では肉芽腫を呈する <input type="checkbox"/> a. 皮膚症状 <input type="checkbox"/> b. 関節症状 <input type="checkbox"/> c. 眼症状
<input type="checkbox"/> 臨床的診断例：各臨床症状の小項目 1～9 の少なくとも 1 つを 3 項目共に認めるが、遺伝子検査や病理組織検査で所見がない、あるいは未検査のもの
<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

■ 治療その他

薬物療法（使用経験のある薬剤）					
NSAID	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 発作時	<input type="checkbox"/> 2. 非発作時	<input type="checkbox"/> 3. 持続	<input type="checkbox"/> 4. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効	<input type="checkbox"/> 4. 悪化
ステロイド	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 発作時	<input type="checkbox"/> 2. 非発作時	<input type="checkbox"/> 3. 持続	<input type="checkbox"/> 4. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効	<input type="checkbox"/> 4. 悪化
コルヒチン	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 発作時	<input type="checkbox"/> 2. 非発作時	<input type="checkbox"/> 3. 持続	<input type="checkbox"/> 4. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効	<input type="checkbox"/> 4. 悪化

スルファサラジン	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 発作時	<input type="checkbox"/> 2. 非発作時	<input type="checkbox"/> 3. 持続	<input type="checkbox"/> 4. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効	<input type="checkbox"/> 4. 悪化
メトトレキサート	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 発作時	<input type="checkbox"/> 2. 非発作時	<input type="checkbox"/> 3. 持続	<input type="checkbox"/> 4. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効	<input type="checkbox"/> 4. 悪化
I型インターフェロン	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 発作時	<input type="checkbox"/> 2. 非発作時	<input type="checkbox"/> 3. 持続	<input type="checkbox"/> 4. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効	<input type="checkbox"/> 4. 悪化
シクロフォスファミド	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 発作時	<input type="checkbox"/> 2. 非発作時	<input type="checkbox"/> 3. 持続	<input type="checkbox"/> 4. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効	<input type="checkbox"/> 4. 悪化
アザチオプリン	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 発作時	<input type="checkbox"/> 2. 非発作時	<input type="checkbox"/> 3. 持続	<input type="checkbox"/> 4. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効	<input type="checkbox"/> 4. 悪化
シクロスポリン	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 発作時	<input type="checkbox"/> 2. 非発作時	<input type="checkbox"/> 3. 持続	<input type="checkbox"/> 4. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効	<input type="checkbox"/> 4. 悪化
サリドマイド	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 発作時	<input type="checkbox"/> 2. 非発作時	<input type="checkbox"/> 3. 持続	<input type="checkbox"/> 4. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効	<input type="checkbox"/> 4. 悪化
アナキンラ	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 発作時	<input type="checkbox"/> 2. 非発作時	<input type="checkbox"/> 3. 持続	<input type="checkbox"/> 4. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効	<input type="checkbox"/> 4. 悪化
カナキヌマブ	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 発作時	<input type="checkbox"/> 2. 非発作時	<input type="checkbox"/> 3. 持続	<input type="checkbox"/> 4. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効	<input type="checkbox"/> 4. 悪化
インフリキシマブ	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 発作時	<input type="checkbox"/> 2. 非発作時	<input type="checkbox"/> 3. 持続	<input type="checkbox"/> 4. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効	<input type="checkbox"/> 4. 悪化
エタネルセプト	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 発作時	<input type="checkbox"/> 2. 非発作時	<input type="checkbox"/> 3. 持続	<input type="checkbox"/> 4. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効	<input type="checkbox"/> 4. 悪化

アダリムマブ	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 発作時	<input type="checkbox"/> 2. 非発作時	<input type="checkbox"/> 3. 持続	<input type="checkbox"/> 4. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効	<input type="checkbox"/> 4. 悪化
リロナセプト	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 発作時	<input type="checkbox"/> 2. 非発作時	<input type="checkbox"/> 3. 持続	<input type="checkbox"/> 4. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効	<input type="checkbox"/> 4. 悪化
トシリズマブ	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 発作時	<input type="checkbox"/> 2. 非発作時	<input type="checkbox"/> 3. 持続	<input type="checkbox"/> 4. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効	<input type="checkbox"/> 4. 悪化
シメチジン	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 発作時	<input type="checkbox"/> 2. 非発作時	<input type="checkbox"/> 3. 持続	<input type="checkbox"/> 4. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効	<input type="checkbox"/> 4. 悪化
スタチン	投与状況	<input type="checkbox"/> 1. 発作時	<input type="checkbox"/> 2. 非発作時	<input type="checkbox"/> 3. 持続	<input type="checkbox"/> 4. 中止
	効果	<input type="checkbox"/> 1. 著効	<input type="checkbox"/> 2. 有効	<input type="checkbox"/> 3. 無効	<input type="checkbox"/> 4. 悪化

■ 重症度分類に関する事項

<input type="checkbox"/> 発熱等の全身性の炎症症状
<input type="checkbox"/> 進行性の関節症状
<input type="checkbox"/> 眼病変を認めるため副腎皮質ホルモンや免疫抑制剤、生物学的製剤の投与を要する
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない

■ 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。