

書式2. 調査個票 (情報収集書式 (疾患別))

5.5. 重症筋無力症 (例)

記載年月日 平成 年 月 日

患者	生年月	1. 昭和 2. 平成	年 月	性別	1. 男 2. 女	医療機関内 整理番号				
	初診時 年月	1. 昭和 2. 平成	年 月	推定発 病年月	1. 昭和 2. 平成	重症度				
初診時 診療 情報	ADL*	日常生活								
		1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全介助 2~4の場合にはBarthel Index 10項目にチェックして下さい。 (判定基準表 参照)								
		Barthel Index								
		1 食 事	10	5	0	6 歩 行	15	10	5	0
		2 移 乗	15	10	5	0	7 階 段 昇 降	10	5	0
3 整 容	5	0			8 着 替 え	10	5	0		
4 ト イ レ	10	5	0		9 排 便	10	5	0		
5 入 浴	5	0			10 排 尿	10	5	0		
主な治療 法 (注) 疾患 毎に異なる	1. 全身薬物療法 (a ステロイド b 抗コリンエステラーゼ薬 c タコリス d ガンマグロブリン e シロホリン) 2. 局所薬物療法 3. 手術治療 (a 胸腺摘除術) 4. 血漿交換 5. その他対症療法 6. 治療なし・経過観察のみ									
最近 診療 時 情報	最近 診療時 年月	平成	年 月	受診状況	1.入院 2.外来 (回/月) 3.その他					
	身体障害者 手帳	1.あり (等級 級) 2.なし		重症度						
	ADL*	日常生活								
1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全介助 2~4の場合にはBarthel Index 10項目にチェックして下さい。 (判定基準表 参照)										
Barthel Index										
1 食 事		10	5	0	6 歩 行	15	10	5	0	
2 移 乗		15	10	5	0	7 階 段 昇 降	10	5	0	
3 整 容	5	0			8 着 替 え	10	5	0		
4 ト イ レ	10	5	0		9 排 便	10	5	0		
5 入 浴	5	0			10 排 尿	10	5	0		
最近診療後の予定・経過*										
最近診療時の予定	1. 継続診療 2. 他の医療機関へ紹介 3. 軽快治癒 4. 死亡 (年 月)									
最近診療後の経過	1. 生存 2. 死亡 (年 月)									

注：
 ADL*：日常生活が正常以外(2~4)の場合には、Barthel Index 10項目について判定基準表に従い該当する得点(0~15)に○印をつける。
 最近診療後の予定、経過*：最近診療時における今後の診療の予定を記入する。なお、継続診療予定であったが最近診療時から1か月を超えて受診のない患者に対しては、その後の経過(生存・死亡)を確認して記載する。なお、確認を行う手段としては、患者のプライバシーに配慮した適正な方法(例えば、郵送等による依頼)によりこれを行うものとする。

表. ADL 判定基準 (Barthel Index)

<p>1 食 事 10: 自立、自助具などの装着可。標準時間内に食べ終える。 5: 部分介助 (例えば、おかずを切って細かくしてもらうなどを含む)。 0: 全介助。</p> <p>2 車椅子からベットへの移乗 15: 自立、車椅子のブレーキやフットレストの操作も含む (自立歩行も含む)。 10: 軽度の部分介助または監視を要す。 5: 座ることは可能であるが、ほぼ全介助。 0: 全介助または不可能。</p> <p>3 整容 5: 自立 (洗面、整髪、歯磨き、ひげそり)。 0: 部分介助または全介助。</p> <p>4 トイレ動作 10: 自立、衣服の操作、後始末を含む。ポータブル便器などを使用している場合は、その洗浄も含む。 5: 部分介助。体を支える、衣服・後始末に介助を要する。 0: 全介助または不可能。</p> <p>5 入浴 5: 部分介助。体を支える、衣服・後始末に介助を要する。 0: 全介助または不可能。</p> <p>6 歩行 15: 45メートル以上歩行。補装具 (車椅子、歩行器は除く) の使用の有無は問わない。 10: 45メートル以上の介助歩行。歩行器使用を含む。 5: 45メートル以上の介助歩行不能の場合、車椅子にて45メートル以上の操作可能。 0: 上記以外。</p> <p>7 階段昇降 10: 自立 (手すりや杖を使用しても良い)。 5: 介助または監視を要する。 0: 不能。</p> <p>8 着替え 10: 自立。靴、ファスナー、装具の着脱も含む。 5: 介助を要するが、半分以上自分でできる。 0: 上記以外。</p> <p>9 排便コントロール 10: 失禁なし。浣腸、座薬の取り扱いも可能。 5: 時に失禁あり。浣腸、座薬の取り扱いに介助を要する者も含む。 0: 上記以外。</p> <p>10 排尿コントロール 10: 失禁なし。尿器の取り扱いも可能。 5: 時に失禁あり。尿器の取り扱いに介助を要する者も含む。 0: 上記以外。</p>
--

Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. Md St Med J 1965;14:61-65

石田 暉, 脳卒中後遺症の評価スケール. 脳と循環 1999; 4: 151-159

平成17年8月19日
厚生労働省健康局疾病対策課

「難治性疾患克服研究における治療法の有効性に関する調査」研究に関わる
個人情報保護及び倫理関係法令・ガイドライン等の適用関係整理について

1. 前 提：適用関係が問題となる法令・ガイドライン等の略称及び略語に関し

個人情報保護に係る関係法令・ガイドラインは数が多く、規律の対象が異なる（法令及びガイドラインは、主体別に行為を規制。一方疫学指針は、まず「疫学研究」という行為を対象にした上、主体、疫学研究及び周辺の行為（資料の提供等）を規制。）ため、適用関係は非常に複雑なものと化している。

本資料では、本研究における関係機関が、関係法令・ガイドライン等により負う義務を整理した。

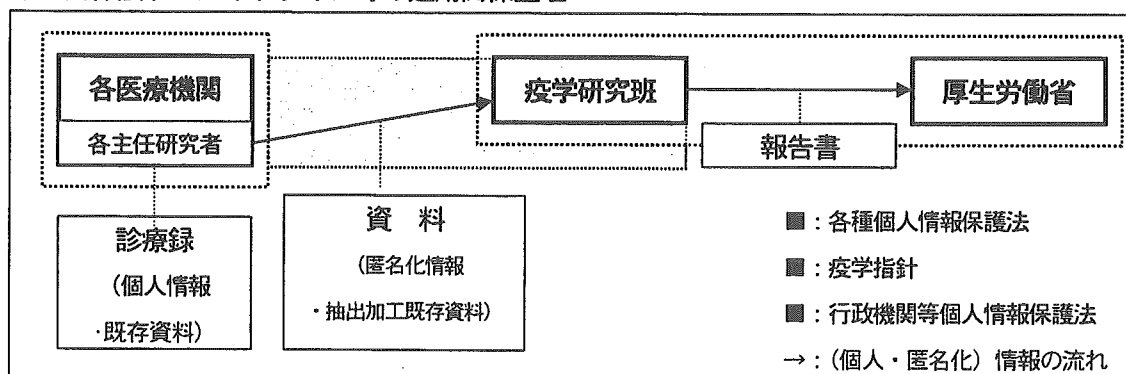
（参考：個人情報保護関係法令）

- 1 個人情報保護法：個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）
 - ② ガイドライン※：医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン（平成16年12月24日医政発第1224001号医政局長・医薬食品局長・老健局長連名通知）
 - 2 行政機関個人情報保護法：行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律（平15年法律第58号）
 - 3 独立行政法人等個人情報保護法：独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第59号）
- ※ 厚生労働大臣が法を執行する際の基準となるものである。

（倫理関係法令）

- 4 疫学研究指針：疫学研究に関する倫理指針（平成16年12月28日文科部科学省・厚生労働省告示第1号）
- 5 臨床研究指針：臨床研究に関する倫理指針（平成16年12月28日厚生労働省告示第459号）

○ 関係法令・ガイドライン等の適用関係整理



1 研究者が所属する各医療機関が負う義務

資料の第三者提供の制限

- 研究に協力する研究者が所属する医療機関は、研究に必要な患者の診療録を保有する（「研究機関」とは異なる。）。本研究においては、当該診療録を「抽出加工」し、各主任研究者を通じ、疫学研究班に「資料を提供する」ことが求められる。
- 各医療機関は、設置主体（民間・国・独法・地方自治体）により異なる個人情報保護法が適用されるとともに、ガイドラインに「配慮」（民間医療機関のみ「適用」。ガイドライン1の3. を参照。）することが求められる。
そのため、資料を提供する行為はこれらの法令・ガイドラインの制限を受ける。具体的には、資料の提供に際し、提供先が「学術研究の目的」のために資料を活用することを、「研究計画書」等により確認する義務があると解される。
- 一方、「資料を提供する行為自体」は疫学指針の適用対象となるか（具体的には、各医療機関における倫理審査委員会の承認を受ける必要があるか。）。
→ 承認を受ける必要性は無い（：疫学指針第4の11の規定の適用を受ける）。
疫学指針第1の2には、「この指針は、人の疾病の成因及び病体の解明並びに予防及び治療の方法の確立を目的とする疫学研究を対象と」するとある。
疫学研究とは、「明確に特定された人間集団の中で出現する健康に関する様々な 事象の頻度及び分布並びにそれらに影響を与える要因を明らかにする科学研究をいう」が、人の疾病の＜適用範囲に関する細則＞を参照すると、「なお、既存資料等や既存資料等から抽出加工した資料の提供のみについては、指針11の規定が適用される」と規定されているところ。
- 疫学指針第4の11の規定の適用を受けると、資料を提供する行為に際しどのような義務が生じるか。
→ 第4の11（抄）「資料提供時までに研究対象者から資料の提供に係る同意を受け、及び当該同意に関する記録を作成することを原則とする。ただし、当該同意を受けることができない場合には、次のいずれかに該当するときに限り、資料を所属機関外の者に提供することができる。
① 当該資料が「匿名化」されていること（以下略）。
② （略。倫理審査委員会にかけるなど。）」
即ち、インフォームド・コンセント（疫学指針第5の13(17)を参照。）を行うことを原則とするが、それが困難な場合には、①個人情報の匿名化を行うか、②倫理審査委員会の承認を得るなどか、ということになる。

2 疫学研究班が負う義務

- ① 個人情報の保有の制限等（個第2条②及び第3条）、
- ② 疫学指針第1～第4の遵守（EX. 基本的考え方の遵守（研究計画書の作成、研究機関の長の許可）、個人情報の保護、インフォームド・コンセントの受領、倫理審査委員会への附議）

- 各主任研究者より提供された資料を基に、難治性疾患克服研究事業の対象 121 疾患について、患者の予後（生存率、日常生活能力等）を明らかにすることにより、難治性疾患克服研究事業の研究成果及び対象 121 疾患の有効な治療法を統一的に把握することを目的とする。
- 個人情報の保護、インフォームド・コンセントの受領を原則とするとともに、「研究計画書」を作成し、所属する研究機関の「倫理審査委員会」への附議を経、「研究を行う機関の長」の許可を得ることが求められる。
- 個人情報の保護は、本研究においては、1 頁フロー図のとおり、疫学研究班が資料を受領する際には「匿名化」されている（問題になるのは、匿名化の程度である。個人情報保護法第2条②。）ため、疫学指針の個人情報の保護に係る規定は適用されない。
- インフォームド・コンセントの受領は、本研究においては困難なため、（同意を取らないかわりに）疫学指針第3の7(2)「観察研究（同第5の13(2)及び(3)を参照。）を行う場合」②イの規定を遵守することが求められる。具体的には、疫学研究班は、「当該研究の目的を含む研究の実施についての情報を（ホームページへの掲載等により）公開しなければならない。」

（参考1：上記関係法令・ガイドラインの他、以下の文献を参照。）

- 1、『医学研究と個人情報保護法（新庄さくら・中山健夫、MMJ May2005 Vol.1）』
186～189 頁
- 2、『医療の個人情報保護とセキュリティ第2版（開原成允・樋口範雄編、有斐閣、2005）』
138～151 頁

特定疾患治療研究事業申請書

平成 年 月 日

都道府県名		保健所名	
-------	--	------	--

受給者番号							
性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平				年 月 日
病名							
医療 機関	名称						
	所在地						
受給者証交付年月日*1		平成 年 月 日					

前年度の受給の有無	1. なし 2. 同一都道府県であり 3. 他の都道府県であり (3と回答した方は、前年度の都道府県名と受給者番号をご記入願います)							
		都道府県名						
	受給者番号							

*1: 「受給者証交付年月日」は、年度ごとに新規・更新申請に際して受給者証を交付された年月日を記入して下さい。

様式2

「厚生労働省特定疾患治療研究のための調査」への協力をお願い

私たちは、厚生労働省が特定する疾患、いわゆる難病（以下「難病」と略します）対策のための研究を推進するため、難病患者さんにこの調査へのご協力をお願いするものです。難病対策に寄与するという研究の趣旨をご理解いただき、ご協力いただければ幸いです。

【調査の目的】

この調査の目的は、患者さんの病気の状態、過去の日常生活、既往歴、現在の日常生活の状況等を、年を追って統計的、疫学的に把握し、難病の原因究明、治療方法の改善、患者さんへの援助方法の検討のために役立てることです。

【調査の方法】

あなたへのアンケートおよび保健所に保管されているあなたの病気に関する情報によって3年間に渡り、年1回を目標として、定期的に調査を実施します。具体的には、毎年の特定疾患受給申請の時期に、

- ①「疫学・福祉情報調査」として、あなたに現在の病気の状態、既往歴、現在ないし過去の日常生活の状況などをアンケート調査します。
- ②保健所に保管されている「特定疾患医療受給者証交付申請書」および「臨床調査個人票」を用いて、あなたの病気について、主治医による医学的な情報を収集します。

【調査に協力することによる利益と不利益】

私たちは、この調査によって得られた知見が、難病の原因究明、治療方法の改善、患者さんへのより良い援助方法の提供に役立つことを期待しております。

また、この調査であなたに直接ご協力いただくことはアンケート調査に回答していただくことのみですので、この調査への協力自体があなたの不利益になることはほとんどありません。

【調査への協力の任意性と撤回の自由】

この研究への協力の同意は、あなた自身に決めていただくこととなります。強制はいたしません。ご協力いただかなくても、あなたが不利な扱いを受けることはありません。

また、いったん協力が同意された後でも、いつでも協力を取りやめることができます。

その場合、この調査のために集められたあなたの情報はそれ以降研究目的に用いられることはありません。ただし、同意を取り消した時すでに研究結果が論文などで公表されていた場合などのように、調査結果などを廃棄することができない場合があります。

なお、調査にご協力いただいた方で、この調査の研究計画の内容をさらにお知りになりたい場合は下記のお問い合わせ先までご連絡下さい。

【個人情報の保護】

あなたからいただいた情報および保健所から提供されたあなたの病気に関する情報は、この調査の目的以外に使用されることはありません。また、これらの情報の保護には十分に配慮し、厳守いたします。

保健所からは、氏名・住所など、あなたの個人情報を取り除いた匿名データとしての情報を提供していただきますので、研究班で個人情報を取り扱うことはありません。それゆえ、調査結果は学術雑誌や学会で公表しますが、あなた個人が特定されることはありません。また、調査結果についてお知りになりたい方は、下記のお問い合わせ先までご連絡ください。

「厚生労働省特定疾患治療研究のための調査」

厚生労働省科学研究難治性疾患克服研究事業

特定疾患の疫学に関する研究

分担研究者

岩手医科大学

坂田 清美

【調査についてのお問い合わせ先】

この調査について分からないことがございましたら、以下の事務局までお問い合わせください。

事務局

〒020-8501 岩手県盛岡市内丸19-1

岩手医科大学医学部衛生学公衆衛生学講座

丹野 高三

TEL 019-651-5111 (内線3373)

FAX 019-623-8870

厚生労働省特定疾患治療研究のための調査協力の同意書

岩手医科大学医学部
衛生学公衆衛生学講座
坂田 清美 様

私は、標記「厚生労働省特定疾患治療研究のための調査」について、説明文書に記載されている内容の説明を受け、内容を理解した上で以下の条件で標記調査に協力します。

1. 標記調査のために実施される疫学・福祉情報調査に協力すること。
2. 特定疾患医療受給者証交付申請書を標記研究に使用すること。
3. 臨床調査個人票を標記調査研究に使用すること。

はい ・ いいえ

平成 年 月 日

同意者の署名

説明者の署名

様式4-1 (1)

受給者番号

--	--	--	--	--	--	--	--

2 多発性硬化症 臨床調査個人票 (データ収集用) (1. 新規)

性別	1. 男 2. 女	生 年 月 日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成	年 月 日 生	(満 歳)
発 病 年 月	1. 昭和 2. 平成	年 月 (満 歳)	初 診 年 月 日	1. 昭和 2. 平成	年 月 日
身体障害者 手 帳	1. あり (等級____級) 2. なし	介 護 認 定	1. 要介護 (要介護度____) 2. 要支援 3. なし		
生 活 状 況	社会活動 (1. 就労 2. 就学 3. 家事労働 4. 在宅療養 5. 入院 6. 入所 7. その他 (____)) 日常生活 (1. 正常 2. やや不自由であるが独力で可能 3. 制限があり部分介助 4. 全面介助)				
家 族 歴	1. あり 2. なし 3. 不明	受 診 状 況	1. 主に入院 2. 入院と通院半々 3. 主に通院 (____/月) ありの場合 (続柄) (最近6か月) 4. 往診あり 5. 入通院なし 6. その他 (____)		

疾 患 の 分 類	1. MS (1. 再発寛解型 2. 一次性慢性進行型 3. 二次性慢性進行型) 2. Devic病 (单相性) 3. Baló病
-----------	---

初 発 症 状		誘 因	
視力障害	1. あり 2. なし 3. 不明	運動麻痺	1. あり 2. なし 3. 不明
ありの場合	1. 右 2. 左 3. 両側	歩行障害	1. あり 2. なし 3. 不明
複視	1. あり 2. なし 3. 不明	排尿障害	1. あり 2. なし 3. 不明
感覚障害	1. あり 2. なし 3. 不明	その他	1. あり 2. なし 3. 不明
小脳性運動失調	1. あり 2. なし 3. 不明	具体的に ()	具体的に ()
構音障害	1. あり 2. なし 3. 不明		

経 過	1. 单相性 2. 多相性 (再発 回) 3. 慢性進行性 (昭和・平成 年 月頃～)
-----	---

臨 床 所 見 (平成 年 月 日)

視力障害	1. あり 2. なし 3. 不明	感覚鈍麻	1. あり 2. なし 3. 不明
ありの場合 部位	1. 右 2. 左 3. 両側	ありの場合 左右差	1. あり 2. なし 3. 不明
複視	1. あり 2. なし 3. 不明	精神症状	1. あり 2. なし 3. 不明
腱反射亢進	1. あり 2. なし 3. 不明	全身けいれん	1. あり 2. なし 3. 不明
ありの場合 左右差	1. あり 2. なし 3. 不明	構音障害	1. あり 2. なし 3. 不明
病的反射	1. あり 2. なし 3. 不明	嚥下障害	1. あり 2. なし 3. 不明
ありの場合 左右差	1. あり 2. なし 3. 不明	膀胱障害	1. あり 2. なし 3. 不明
運動麻痺	1. あり 2. なし 3. 不明	有痛性強直性攣縮	1. あり 2. なし 3. 不明
ありの場合 左右差	1. あり 2. なし 3. 不明	その他	具体的に ()
小脳性運動失調	1. あり 2. なし 3. 不明		
ありの場合 左右差	1. あり 2. なし 3. 不明		

臨床症候か らみた病巣	1. 大脳 2. 小脳 3. 脳幹 4. 脊髄 5. 視神経 (1. 右 2. 左 3. 両側) 6. 末梢神経
----------------	--

E D S S	0 1.0 1.5 2.0 2.5 3.0 3.5 4.0 4.5 5.0 5.5 6.0 6.5 7.0 7.5 8.0 8.5 9.0 9.5 10
---------	--

脊髄機能・運動機能・視力の障害度スケール

脊髄機能	運動機能	視力	
		右	左
0. 正常	0. 障害なし	0. 障害なし	0. 障害なし
1. 異常所見のみ	1. 軽度 (日常生活に不自由なし)	1. 文字 (新聞、雑誌など) を読めるが、少しでも障害がある	1. 文字 (新聞、雑誌など) を読めるが、少しでも障害がある
2. 軽度の障害	2. 中等度 (歩行は可能であるが、日常生活は不自由)	2. 指数弁	2. 指数弁
3. 中等度の対麻痺、中等度の感覚障害レベル又は帯状感	3. 重度 (車いす)	3. 光覚弁、手動弁	3. 光覚弁、手動弁
4. 高度の対麻痺又は感覚障害レベル	4. 寝たきり	4. 盲目	4. 盲目
5. 完全な対麻痺又は感覚障害レベル			
6. 不明			

治療状況						
	最近1年間の状況			全経過を通じて		
			治療効果			治療効果
①インターフェロンβ	1.あり	2.なし	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり	2.なし	1.あり 2.なし 3.不明
②副腎皮質ステロイド						
パルス療法	1.あり	2.なし	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり	2.なし	1.あり 2.なし 3.不明
経口投与	1.あり	2.なし	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり	2.なし	1.あり 2.なし 3.不明
慢性投与の場合	1.あり (種類)	2.なし	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり (種類)	2.なし	1.あり 2.なし 3.不明
は維持量	(最大投与量 mg/日・週)			(最大投与量 mg/日・週)		
③免疫抑制剤	1.あり (種類)	2.なし	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり (種類)	2.なし	1.あり 2.なし 3.不明
	最大投与量 mg/日・週)			最大投与量 mg/日・週)		
④血液浄化療法	1.あり	2.なし	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり	2.なし	1.あり 2.なし 3.不明
⑤その他の薬剤	1.あり (薬剤名)	2.なし	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり (薬剤名)	2.なし	1.あり 2.なし 3.不明
	投与量 mg/日・週)			投与量 mg/日・週)		

様式4-1 (2)

受給者番号

--	--	--	--	--	--	--	--

2 多発性硬化症 臨床調査個人票 (データ収集用) (2.更新)

性別	1. 男 2. 女	生 年 月 日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成	年 月 日生 (満 歳)	
発 病 年 月	1. 昭和 2. 平成	年 月 (満 歳)	初診年月日	1. 昭和 2. 平成	年 月 日
身体障害者 手 帳	1. あり (等級 _____ 級) 2. なし		介 護 認 定	1. 要介護 (要介護度 _____) 2. 要支援 3. なし	
生 活 状 況	社会活動 (1. 就労 2. 就学 3. 家事労働 4. 在宅療養 5. 入院 6. 入所 7. その他 (____))				初回認定年月
	日常生活 (1. 正常 2. やや不自由であるが独力で可能 3. 制限があり部分介助 4. 全面介助)				1. 昭和 2. 平成
受 診 状 況 (最近 1 年)	1. 主に入院 2. 入院と通院半々 3. 主に通院 (____/月) 4. 往診あり 5. 入通院なし 6. その他 (____)				
診 断	1. MS 2. Devic病 (単相性) 3. Baló病			最終診察日 平成 年 月 日	
病 期	1. 再発期 2. 安定期 3. 慢性進行期 (昭和・平成 年 月頃～)				
病 型	1. 単相性 2. 再発寛解型 (再発: _____ 回) 3. 一次慢性進行型 4. 二次慢性進行型 (昭和・平成 年 月頃～)				
EDSS	0 1.0 1.5 2.0 2.5 3.0 3.5 4.0 4.5 5.0 5.5 6.0 6.5 7.0 7.5 8.0 8.5 9.0 9.5 10				
脊髄機能・運動機能・視力の障害度スケール					
脊髄機能		運動機能		視力	
				右	左
0. 正常		0. 障害なし		0. 障害なし	0. 障害なし
1. 異常所見のみ		1. 軽度 (日常生活に不自由なし)		1. 文字 (新聞、雑誌など) を読めるが、少しでも障害がある	1. 文字 (新聞、雑誌など) を読めるが、少しでも障害がある
2. 軽度の障害		2. 中等度 (歩行は可能であるが、日常生活は不自由)		2. 指数弁	2. 指数弁
3. 中等度の対麻痺、中等度の感覚障害レベル又は帯状感		3. 重度 (車いす)		3. 光覚弁、手動弁	3. 光覚弁、手動弁
4. 高度の対麻痺又は感覚障害レベル		4. 寝たきり		4. 盲目	4. 盲目
5. 完全な対麻痺又は感覚障害レベル					
6. 不明					
過去 1 年間の再発回数 (_____) 回					
	再発年月日	ピーク時 EDSS	再発 (増悪) した病巣の分布		
1	平成 年 月 日		1. 大脳 2. 小脳 3. 脳幹 4. 脊髄 5. 視神経 (1. 右 2. 左 3. 両側) 6. 末梢神経		
2	平成 年 月 日		1. 大脳 2. 小脳 3. 脳幹 4. 脊髄 5. 視神経 (1. 右 2. 左 3. 両側) 6. 末梢神経		
3	平成 年 月 日		1. 大脳 2. 小脳 3. 脳幹 4. 脊髄 5. 視神経 (1. 右 2. 左 3. 両側) 6. 末梢神経		
4	平成 年 月 日		1. 大脳 2. 小脳 3. 脳幹 4. 脊髄 5. 視神経 (1. 右 2. 左 3. 両側) 6. 末梢神経		
5	平成 年 月 日		1. 大脳 2. 小脳 3. 脳幹 4. 脊髄 5. 視神経 (1. 右 2. 左 3. 両側) 6. 末梢神経		
発症後から現在までの症候からみた病巣			1. 大脳 2. 小脳 3. 脳幹 4. 脊髄 5. 視神経 (1. 右 2. 左 3. 両側) 6. 末梢神経		

--	--	--	--	--	--	--	--

3 重症筋無力症 臨床調査個人票 (データ収集用) (1. 新規)

性別	1. 男 2. 女	生 年 月 日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成	年 月 日 生	(満 歳)
発 病 年 月	1. 昭和 2. 平成	年 月 (満 歳)	初 診 年 月 日	1. 昭和 2. 平成	年 月 日
身体障害者 手 帳	1. あり (等級 _____ 級) 2. なし	介 護 認 定	1. 要介護 (要介護度 _____) 2. 要支援 3. なし		
生 活 状 況	社会活動 (1. 就労 2. 就学 3. 家事労働 4. 在宅療養 5. 入院 6. 入所 7. その他 (_____)) 日常生活 (1. 正常 2. やや不自由であるが独力で可能 3. 制限があり部分介助 4. 全面介助)				
家 族 歴	1. あり 2. なし 3. 不明	受 診 状 況	1. 主に入院 2. 入院と通院半々 3. 主に通院 (____ / 月) ありの場合 (続柄 _____) (最近 6 か月) 4. 往診あり 5. 入院なし 6. その他 (_____)		

初発症状					
眼瞼下垂	(1. あり 2. なし 3. 不明)	複視 (含む眼球運動障害・眼位異常)	(1. あり 2. なし 3. 不明)		
球症状	(1. あり 2. なし 3. 不明)	四肢筋力低下	(1. あり 2. なし 3. 不明)		
呼吸困難	(1. あり 2. なし 3. 不明)	その他	(1. あり (_____) 2. なし 3. 不明)		

現在の症状					
M G F A 分類 右表を参照	1. O 2. I 3. IIa 4. IIb 5. IIIa 6. IIIb 7. IVa 8. IVb 9. V	Class O	無症状		
		Class I	眼筋筋力低下。閉眼の筋力低下があってもよい。他のすべての筋力は正常		
		Class II	眼筋以外の軽度の筋力低下。眼筋筋力低下があってもよく、その程度は問わない		
			IIa	主に四肢筋、体幹筋、もしくはその両者をおかす それよりも軽い口咽頭筋の障害はあってもよい	
		IIb	主に口咽頭筋、呼吸筋、もしくはその両者をおかす それよりも軽いか同程度の四肢筋、体幹筋の筋力低下はあってもよい		
		Class III	眼筋以外の中等度の筋力低下。眼筋筋力低下があってもよく、その程度は問わない		
			IIIa	主に四肢筋、体幹筋、もしくはその両者をおかす それよりも軽い口咽頭筋の障害はあってもよい	
		IIIb	主に口咽頭筋、呼吸筋、もしくはその両者をおかす それよりも軽いか同程度の四肢筋、体幹筋の筋力低下はあってもよい		
		Class IV	眼以外の筋の高度の筋力低下。眼症状の程度は問わない		
			IVa	主に四肢筋、体幹筋、もしくはその両者をおかす それよりも軽い口咽頭筋の障害はあってもよい	
IVb	主に口咽頭筋、呼吸筋、もしくはその両者をおかす それよりも軽いか同程度の四肢筋、体幹筋の筋力低下はあってもよい				
Class V	気管内挿管された状態。人工呼吸器の有無は問わない 通常の術後管理における挿管は除く。挿管がなく経管栄養のみの場合はIVbとする				

現在の重症度 (MG-ADLスケール) 右表を参照	合計 (_____ 点)	0点	1点	2点	3点
	会話 (_____ 点)	正常	間欠的に不明瞭 もしくは鼻声	常に不明瞭もしくは鼻声、 しかし聞いて理解可能	聞いて理解するのが困難
	咀嚼 (_____ 点)	正常	固形物で疲労	柔らかい食物で疲労	経管栄養
	嚥下 (_____ 点)	正常	まれにむせる	頻回にむせるため、 食事の変更が必要	経管栄養
	呼吸 (_____ 点)	正常	体動時の息切れ	安静時の息切れ	人工呼吸を要する
	歯磨き・櫛使用の障害 (_____ 点)	なし	努力を要するが 休息を要しない	休息を要する	できない
	椅子からの立ち上がり 障害 (_____ 点)	なし	軽度、 ときどき腕を使う	中等度、常に腕を使う	高度、介助を要する
	複視 (_____ 点)	なし	あるが毎日ではない	毎日起こるが持続的でない	常にある
	眼瞼下垂 (_____ 点)	なし	あるが毎日ではない	毎日起こるが持続的でない	常にある

経過	合併症 1. あり 2. なし				
日内変動	1. あり 2. なし 3. 不明	橋本病	1. あり 2. なし		
易疲労性	1. あり 2. なし 3. 不明	バセドウ病	1. あり 2. なし		
クレーゼの既往	1. あり 2. なし 3. 不明	関節リウマチ	1. あり 2. なし		
		全身性エリテマトーデス	1. あり 2. なし		
		その他	1. あり (_____) 2. なし		

治療状況	治療効果
胸腺に対して	
胸腺摘除術 胸腺放射線照射	1.あり(昭和・平成 年 月施行) 2.なし 3.不明 胸腺病理像: 1.胸腺腫 (1.浸潤なし 2.浸潤あり) 2.退縮胸腺 3.過形成 4.その他()
1.あり 2.なし 3.不明	1.著明改善 2.改善 3.不変 4.悪化
現在の内服治療	
抗コリンエステラーゼ薬	1.あり 2.なし
副腎皮質ステロイド剤	1.あり プレドニゾン換算(mg/連日・隔日) 2.なし
免疫抑制剤	
タクロリムス	1.あり 投与量(mg/日) 2.なし
その他の免疫抑制剤	1.あり 薬剤名() 2.なし
	投与量(mg/日・週)
1.著明改善 2.改善 3.不変 4.悪化	1.著明改善 2.改善 3.不変 4.悪化
1.著明改善 2.改善 3.不変 4.悪化	1.著明改善 2.改善 3.不変 4.悪化
現在又は過去に行った内服以外の治療	
血液浄化療法	1.あり 2.なし 3.不明
ステロイドパルス療法	1.あり 2.なし 3.不明
その他 薬剤名()	1.あり 2.なし 3.不明
1.著明改善 2.改善 3.不変 4.悪化	1.著明改善 2.改善 3.不変 4.悪化

--	--	--	--	--	--	--	--

3 重症筋無力症 臨床調査個人票 (データ収集用) (2. 更新)

性別	1. 男	生 年 月 日	1. 明治 2. 大正	年 月 日 生	(満 歳)	1. 昭和 2. 平成
	2. 女		3. 昭和 4. 平成			
発病年月	1. 昭和 2. 平成	年 月 (満 歳)	初診年月日	1. 昭和 2. 平成	年 月 日	
身体障害者 手帳	1. あり (等級 _____ 級) 2. なし		介 護 認 定	1. 要介護 (要介護度 _____) 2. 要支援 3. なし		
生活状況	社会活動 (1. 就労 2. 就学 3. 家事労働 4. 在宅療養 5. 入院 6. 入所 7. その他 (____))					初回認定年月
	日常生活 (1. 正常 2. やや不自由であるが独力で可能 3. 制限があり部分介助 4. 全面介助)					1. 昭和 2. 平成
受診状況 (最近1年)	1. 主に入院 2. 入院と通院半々 3. 主に通院 (____/月) 4. 往診あり 5. 入通院なし 6. その他 (____)					

現在の症状 (最近1年以内の状況)

M G F A 分類 右表を参照	1. O 2. I 3. IIa 4. IIb 5. IIIa 6. IIIb 7. IVa 8. IVb 9. V	Class O	無症状			
		Class I	眼筋筋力低下。閉眼の筋力低下があってもよい。他のすべての筋力は正常			
		Class II	眼筋以外の軽度の筋力低下。眼筋筋力低下があってもよく、その程度は問わない			
			IIa	主に四肢筋、体幹筋、もしくはその両者をおかす それよりも軽い口咽頭筋の障害はあってもよい		
		IIb	主に口咽頭筋、呼吸筋、もしくはその両者をおかす それよりも軽い同程度の四肢筋、体幹筋の筋力低下はあってもよい			
		Class III	眼筋以外の中等度の筋力低下。眼筋筋力低下があってもよく、その程度は問わない			
		Class IIIa	主に四肢筋、体幹筋、もしくはその両者をおかす それよりも軽い口咽頭筋の障害はあってもよい			
			Class IIIb	主に口咽頭筋、呼吸筋、もしくはその両者をおかす それよりも軽い同程度の四肢筋、体幹筋の筋力低下はあってもよい		
		Class IV	眼以外の筋の高度の筋力低下。眼症状の程度は問わない			
		Class IVa	主に四肢筋、体幹筋、もしくはその両者をおかす それよりも軽い口咽頭筋の障害はあってもよい			
Class IVb	主に口咽頭筋、呼吸筋、もしくはその両者をおかす それよりも軽い同程度の四肢筋、体幹筋の筋力低下はあってもよい					
Class V	気管内挿管された状態。人工呼吸器の有無は問わない 通常の術後管理における挿管は除く。挿管がなく経管栄養のみの場合はIVbとする					

現在の重症度 (MG-ADLスケール) 右表を参照	合計 (点)	0点	1点	2点	3点
	会話 (点)	正常	間欠的に不明瞭 もしくは鼻声	常に不明瞭もしくは鼻声、 しかし聞いて理解可能	聞いて理解するのが困難
	咀嚼 (点)	正常	固形物で疲労	柔らかい食物で疲労	経管栄養
	嚥下 (点)	正常	まれにむせる	頻回にむせるため、 食事の変更が必要	経管栄養
	呼吸 (点)	正常	体動時の息切れ	安静時の息切れ	人工呼吸を要する
	歯磨き・箸使用の障害 (点)	なし	努力を要するが 休息を要しない	休息を要する	できない
	椅子からの立ち上がり 障害 (点)	なし	軽度、 ときどき腕を使う	中等度、常に腕を使う	高度、介助を要する
	複視 (点)	なし	あるが毎日ではない	毎日起こるが持続的でない	常にある
	眼瞼下垂 (点)	なし	あるが毎日ではない	毎日起こるが持続的でない	常にある

過去1年間のクリーゼ歴	1. あり	2. なし	3. 不明
抗アセチルコリン受容体抗体 (平成 年 月)	1. 陽性 () nmol/L	2. 陰性	3. 不明

治療状況		治療効果
胸腺に対して		
胸腺摘除術	1. あり (昭和・平成 年 月施行) 2. なし 3. 不明 胸腺病理像： 1. 胸腺腫 (1. 浸潤なし 2. 浸潤あり) 2. 退縮胸腺 3. 過形成 4. その他 ()	1. 著明改善 2. 改善 3. 不変 4. 悪化
胸腺放射線照射 (最近1年以内)	1. あり 2. なし 3. 不明	
現在の内服治療 (最近1年以内)		
抗コリンエステラーゼ薬	1. あり 2. なし	1. 著明改善 2. 改善 3. 不変 4. 悪化
副腎皮質ステロイド剤	1. あり 2. なし 現在の投与量プレドニゾン換算 (mg/連日・隔日)	1. 著明改善 2. 改善 3. 不変 4. 悪化
免疫抑制剤		
タクロリムス	1. あり 現在の投与量 (mg/日) 2. なし	1. 著明改善 2. 改善 3. 不変 4. 悪化
その他の免疫抑制剤	1. あり 薬剤名 () 2. なし 現在の投与量 (mg/日・週)	1. 著明改善 2. 改善 3. 不変 4. 悪化
最近1年以内に行った内服以外の治療		
血液浄化療法	1. あり 2. なし 3. 不明	1. 著明改善 2. 改善 3. 不変 4. 悪化
ステロイドパルス療法	1. あり 2. なし 3. 不明	1. 著明改善 2. 改善 3. 不変 4. 悪化
その他 薬剤名 ()	1. あり 2. なし 3. 不明	1. 著明改善 2. 改善 3. 不変 4. 悪化

--	--	--	--	--	--	--	--

8 筋萎縮性側索硬化症 臨床調査個人票 (データ収集用) (1. 新規)

性別	1. 男 2. 女	生 年 月 日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成	年 月 日 生	(満 歳)
発 病 年 月	1. 昭和 2. 平成	年 月 (満 歳)	初 診 年 月 日	1. 昭和 2. 平成	年 月 日
身体障害者 手 帳	1. あり (等級 _____ 級) 2. なし	介 護 認 定	1. 要介護 (要介護度 _____) 2. 要支援 3. なし		
生 活 状 況	社会活動 (1. 就労 2. 就学 3. 家事労働 4. 在宅療養 5. 入院 6. 入所 7. その他 (_____)) 日常生活 (1. 正常 2. やや不自由であるが独力で可能 3. 制限があり部分介助 4. 全面介助)				
家 族 歴	1. あり 2. なし 3. 不明	受 診 状 況	1. 主に入院 2. 入院と通院半々 3. 主に通院 (_____ /月) ありの場合 (続柄 _____) (最近6か月) 4. 往診あり 5. 入院なし 6. その他 (_____)		

初 発 症 状 (複数選択可)	1. 構音障害 2. 嚥下障害 3. 呼吸障害 4. 頸部筋力低下 (首下がりなど) 5. 上肢筋力低下 (優位部: 1. 近位 2. 遠位 3. びまん性) (1. 右 2. 左 3. 両側) 6. 下肢筋力低下 (優位部: 1. 近位 2. 遠位 3. びまん性) (1. 右 2. 左 3. 両側) 7. その他 (_____)																																					
現 症	<p>1. 舌萎縮 1. あり 2. なし</p> <p>2. 構音障害 1. あり 2. なし</p> <p>3. 嚥下障害 1. あり 2. なし</p> <p>4. 呼吸障害 1. あり 2. なし</p> <p>5. 筋力 (頸部前屈から足背屈において該当する筋力のグレードに○を記入)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">①頸部前屈 (0. 1. 2. 3. 4. 5.)</td> <td style="width: 50%;">⑥足関節背屈 右 (0. 1. 2. 3. 4. 5.)</td> </tr> <tr> <td>②肩関節外 (三角筋など) 右 (0. 1. 2. 3. 4. 5.)</td> <td>左 (0. 1. 2. 3. 4. 5.)</td> </tr> <tr> <td>③肘関節屈曲 (上腕二頭筋など) 右 (0. 1. 2. 3. 4. 5.)</td> <td>左 (0. 1. 2. 3. 4. 5.)</td> </tr> <tr> <td>④手関節背屈 右 (0. 1. 2. 3. 4. 5.)</td> <td>左 (0. 1. 2. 3. 4. 5.)</td> </tr> <tr> <td>⑤股関節屈曲 (腸腰筋など) 右 (0. 1. 2. 3. 4. 5.)</td> <td>左 (0. 1. 2. 3. 4. 5.)</td> </tr> </table> <p>6. 筋萎縮 (認める部位すべてに○) 1. 頸筋群 2. 右上肢 3. 左上肢 4. 右上肢帯筋 5. 左上肢帯筋 6. 傍脊柱筋 7. 右腰帯筋 8. 左腰帯筋 9. 右下肢 10. 左下肢</p> <p>7. 上位運動ニューロン症候 (痙縮、腱反射亢進、病的反射のいずれかを認める部位すべてを選択) 1. あり 2. なし (部位: 1. 脳神経領域 2. 頸部・上肢領域 3. 体幹領域 4. 腰部・下肢領域)</p> <p>8. 下位運動ニューロン症候 (筋萎縮、筋力低下、線維束性収縮のいずれかを認める部位すべてを選択) 1. あり 2. なし (部位: 1. 脳神経領域 2. 頸部・上肢領域 3. 体幹領域 4. 腰部・下肢領域)</p> <p>9. 合併する神経症候 (認められるもの全てを選択)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>1) 認知症・認知機能低下 1. あり 2. なし</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2) 小脳症候 1. あり 2. なし</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3) 眼球運動障害 1. あり 2. なし</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4) 感覚障害</td> <td></td> </tr> <tr> <td>a. しびれ感 1. あり 2. なし</td> <td>b. 深部覚低下 1. あり 2. なし</td> </tr> <tr> <td>c. 温痛覚低下 1. あり 2. なし</td> <td>d. 疼痛感 1. あり 2. なし</td> </tr> <tr> <td>e. その他 (_____)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5) 自律神経障害</td> <td></td> </tr> <tr> <td>a. 膀胱直腸障害 1. あり 2. なし</td> <td>b. 発汗障害 1. あり 2. なし</td> </tr> <tr> <td>c. 起立性低血圧 1. あり 2. なし</td> <td>d. その他 (_____)</td> </tr> <tr> <td>6) 錐体外路症候</td> <td></td> </tr> <tr> <td>a. 無動 1. あり 2. なし</td> <td>b. 筋強剛 1. あり 2. なし</td> </tr> <tr> <td>c. その他 (_____)</td> <td></td> </tr> </table> <p>10. その他 (_____)</p>		①頸部前屈 (0. 1. 2. 3. 4. 5.)	⑥足関節背屈 右 (0. 1. 2. 3. 4. 5.)	②肩関節外 (三角筋など) 右 (0. 1. 2. 3. 4. 5.)	左 (0. 1. 2. 3. 4. 5.)	③肘関節屈曲 (上腕二頭筋など) 右 (0. 1. 2. 3. 4. 5.)	左 (0. 1. 2. 3. 4. 5.)	④手関節背屈 右 (0. 1. 2. 3. 4. 5.)	左 (0. 1. 2. 3. 4. 5.)	⑤股関節屈曲 (腸腰筋など) 右 (0. 1. 2. 3. 4. 5.)	左 (0. 1. 2. 3. 4. 5.)	1) 認知症・認知機能低下 1. あり 2. なし		2) 小脳症候 1. あり 2. なし		3) 眼球運動障害 1. あり 2. なし		4) 感覚障害		a. しびれ感 1. あり 2. なし	b. 深部覚低下 1. あり 2. なし	c. 温痛覚低下 1. あり 2. なし	d. 疼痛感 1. あり 2. なし	e. その他 (_____)		5) 自律神経障害		a. 膀胱直腸障害 1. あり 2. なし	b. 発汗障害 1. あり 2. なし	c. 起立性低血圧 1. あり 2. なし	d. その他 (_____)	6) 錐体外路症候		a. 無動 1. あり 2. なし	b. 筋強剛 1. あり 2. なし	c. その他 (_____)	
①頸部前屈 (0. 1. 2. 3. 4. 5.)	⑥足関節背屈 右 (0. 1. 2. 3. 4. 5.)																																					
②肩関節外 (三角筋など) 右 (0. 1. 2. 3. 4. 5.)	左 (0. 1. 2. 3. 4. 5.)																																					
③肘関節屈曲 (上腕二頭筋など) 右 (0. 1. 2. 3. 4. 5.)	左 (0. 1. 2. 3. 4. 5.)																																					
④手関節背屈 右 (0. 1. 2. 3. 4. 5.)	左 (0. 1. 2. 3. 4. 5.)																																					
⑤股関節屈曲 (腸腰筋など) 右 (0. 1. 2. 3. 4. 5.)	左 (0. 1. 2. 3. 4. 5.)																																					
1) 認知症・認知機能低下 1. あり 2. なし																																						
2) 小脳症候 1. あり 2. なし																																						
3) 眼球運動障害 1. あり 2. なし																																						
4) 感覚障害																																						
a. しびれ感 1. あり 2. なし	b. 深部覚低下 1. あり 2. なし																																					
c. 温痛覚低下 1. あり 2. なし	d. 疼痛感 1. あり 2. なし																																					
e. その他 (_____)																																						
5) 自律神経障害																																						
a. 膀胱直腸障害 1. あり 2. なし	b. 発汗障害 1. あり 2. なし																																					
c. 起立性低血圧 1. あり 2. なし	d. その他 (_____)																																					
6) 錐体外路症候																																						
a. 無動 1. あり 2. なし	b. 筋強剛 1. あり 2. なし																																					
c. その他 (_____)																																						

栄養と呼吸	1. 経管栄養	1. 経鼻胃管	2. 胃瘻・腸瘻	3. 未施行 (導入日: 昭和・平成 年 月 日)	
	2. 経静脈栄養	1. 施行	2. 未施行	(導入日: 昭和・平成 年 月 日)	
	3. 非侵襲的陽圧換気 (BiPAP 等)	1. 間欠的施行	2. 夜間に継続的に施行	3. 一日中施行 4. 未施行 (導入日: 昭和・平成 年 月 日)	
	4. 気管切開	1. 施行	2. 未施行	(導入日: 昭和・平成 年 月 日)	
	5. 気管切開+人工呼吸器	1. 装着	2. 未装着	(導入日: 昭和・平成 年 月 日)	
現在の日常生活動作 (ADL)	言語	1. 発話正常 2. 発話障害が認められる 3. 繰り返し聞くと意味が分かる 4. 声以外の伝達手段と発話を併用 5. 実用的発話の喪失		歩行・移動	1. 正常 2. やや歩行が困難 3. 杖などの器物または人による介助歩行 4. 歩行不可能(車椅子などで生活) 5. 足を動かすことができない(全介助移動)
	嚥下	1. 正常な食事習慣 2. 初期の摂食障害、時に食物をつまらせる 3. 形態をかえて食べる必要有(きざみ食等) 4. 補助的な経管栄養または点滴を必要とする 5. 全面的に経管栄養か点滴(経口摂取不可能)		呼吸困難	1. なし 2. 歩行中に起こる 3. 日常動作のいずれかで起こる 4. 座位または臥位いずれかで起こる 5. 極めて強く呼吸補助装置を考慮する
	書字	1. 正常 2. 遅いまたは書きなぐる(全単語が判読可能) 3. 一部の単語が判読不可能 4. ペンは握れるが、字を書けない 5. ペンが握れない		着衣、身の周りの動作	1. 正常にできる 2. 努力して、一人で完全にできる 3. 時折手助けまたは代わりの方法が必要 4. しばしば手助けが必要 5. 全面介助である
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、移動のいずれか一つ以上ができず、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				

--	--	--	--	--	--	--	--

8 筋萎縮性側索硬化症 臨床調査個人票 (データ収集用) (2. 更新)

性別	1. 男 2. 女	生 年 月 日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成	年	月	日	(満 歳)
発病年月	1. 昭和 2. 平成	年	月	(満 歳)	初診年月日	1. 昭和 2. 平成	年 月 日
身体障害者 手帳	1. あり (等級 _____ 級) 2. なし		介 護 認 定		1. 要介護 (要介護度 _____) 2. 要支援 3. なし		
生活状況	社会活動 (1. 就労 2. 就学 3. 家事労働 4. 在宅療養 5. 入院 6. 入所 7. その他 (____)) 日常生活 (1. 正常 2. やや不自由であるが独力で可能 3. 制限があり部分介助 4. 全面介助)						初回認定年月
							1. 昭和 2. 平成
受診状況 (最近 1 年)	1. 主に入院 2. 入院と通院半々 3. 主に通院 (____/月) 4. 往診あり 5. 入通院なし 6. その他 (____)						
現 症	1. 舌萎縮 1. あり 2. なし 2. 構音障害 1. あり 2. なし 3. 嚥下障害 1. あり 2. なし 4. 呼吸障害 1. あり 2. なし 5. 筋力 (頸部前屈から足背屈において該当する筋力のグレードに○を記入) ①頸部前屈 (0. 1. 2. 3. 4. 5.) ⑥足関節背屈 右 (0. 1. 2. 3. 4. 5.) ②肩関節外 右 (0. 1. 2. 3. 4. 5.) 左 (0. 1. 2. 3. 4. 5.) (三角筋など) 左 (0. 1. 2. 3. 4. 5.) ③肘関節屈曲 右 (0. 1. 2. 3. 4. 5.) (上腕二頭筋など) 左 (0. 1. 2. 3. 4. 5.) ④手関節背屈 右 (0. 1. 2. 3. 4. 5.) 左 (0. 1. 2. 3. 4. 5.) ⑤股関節屈曲 右 (0. 1. 2. 3. 4. 5.) (腸腰筋など) 左 (0. 1. 2. 3. 4. 5.) 6. 筋萎縮 (認める部位すべてに○) 1. 頸筋群 2. 右上肢 3. 左上肢 4. 右上肢帯筋 5. 左上肢帯筋 6. 傍脊柱筋 7. 右腰帯筋 8. 左腰帯筋 9. 右下肢 10. 左下肢 7. 上位運動ニューロン症候 (痙縮、腱反射亢進、病的反射のいずれかを認める部位すべてを選択) 1. あり 2. なし (部位: 1. 脳神経領域 2. 頸部・上肢領域 3. 体幹領域 4. 腰部・下肢領域) 8. 下位運動ニューロン症候 (筋萎縮、筋力低下、線維束性収縮のいずれかを認める部位すべてを選択) 1. あり 2. なし (部位: 1. 脳神経領域 2. 頸部・上肢領域 3. 体幹領域 4. 腰部・下肢領域) 9. 合併する神経症候 (認められるもの全てを選択) 1) 認知症・認知機能低下 1. あり 2. なし 2) 小脳症候 1. あり 2. なし 3) 眼球運動障害 1. あり 2. なし 4) 感覚障害 a. しびれ感 1. あり 2. なし b. 深部覚低下 1. あり 2. なし c. 温痛覚低下 1. あり 2. なし d. 疼痛感 1. あり 2. なし e. その他 (____) 5) 自律神経障害 a. 膀胱直腸障害 1. あり 2. なし b. 発汗障害 1. あり 2. なし c. 起立性低血圧 1. あり 2. なし d. その他 (____) 6) 錐体外路症候 a. 無動 1. あり 2. なし b. 筋強剛 1. あり 2. なし c. その他 (____) 10. その他 (____)						
	栄養と呼吸	1. 経管栄養 1. 経鼻胃管 2. 胃瘻・腸瘻 3. 未施行 (導入日: 昭和・平成 年 月 日) 2. 経静脈栄養 1. 施行 2. 未施行 (導入日: 昭和・平成 年 月 日) 3. 非侵襲的陽圧換気 (BiPAP 等) 1. 間欠的施行 2. 夜間に継続的に施行 3. 一日中施行 4. 未施行 (導入日: 昭和・平成 年 月 日) 4. 気管切開 1. 施行 2. 未施行 (導入日: 昭和・平成 年 月 日) 5. 気管切開+人工呼吸器 1. 装着 2. 未装着 (導入日: 昭和・平成 年 月 日)					