

| | |
|---------------|--|
| その他 | 1.あり (内容: 治療法1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明) 2.なし |
| 現在の状態 | |
| 4.行動計画(ステロイド) | 1.あり (期間: 西暦 年 月 日～ 年 月 日) 治療法1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明 2.なし |
| 自己判断(治療計画) | 1.あり (内容: 西暦 年 月 日、治療法1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明) 2.なし |
| 5.治療経過 | 1.あり (期間: 西暦 年 月 日～ 年 月 日) 治療法1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明 2.なし |
| 6.治療計画(ステロイド) | 1.あり (期間: 西暦 年 月 日～ 年 月 日) 治療法1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明 2.なし |
| その他 | 1.あり (内容: 治療法1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明) 2.なし |

■ 重症度分類に関する事項

| | |
|--------------|--|
| Bertel Index | 1.自立、自歩などの歩行可、歩行補助具に食へる(10点) 2.部分介助(たとえば、杖や杖をついて歩くとしてらら) (5点) 3.全介助 (0点) |
| 車いすからベッドへの移動 | 1.自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む(歩行自立も含む) (15点) 2.車いすの部分介助または監視を要する(10点) 3.車いすは可能であるが全介助 (5点) 4.全介助または不可能 (0点) |
| 整容 | 1.自立 (洗顔、整容、歯磨き、爪切り) (5点) 2.部分介助または不可能 (0点) |
| トイレ動作 | 1.自立 (衣服の脱着、尿器を介して、トイレット使用などを把握して) 2.部分介助または不可能 (10点) 3.部分介助 (5点) 4.全介助または不可能 (0点) |
| 入浴 | 1.自立 (5点) 2.部分介助または不可能 (0点) |
| 歩行 | 1.5m以上の歩行、歩行具(四脚子、歩行器など)の使用の自立(歩行可) (15点) 2.5m以上の歩行、歩行具の使用を含む(10点) 3.歩行不能の場合、車いすにて5m以上の歩行可能 (5点) 4.1.5m未満 (0点) |
| 階段昇降 | 1.自立、手すりなどの使用の有無(階段) (10点) 2.手すりを必要とする (5点) 3.不能 (0点) |
| 首屈伸 | 1.自立、靴、フラスカー、履物の着脱を含む (10点) 2.部分介助、歩行補助具、下着などは自分で着ける (5点) 3.上記以外 (0点) |
| 情報コントロール | 1.不要なし、読解、言葉の取り扱いは可能 (10点) 2.ときに必要あり、読解、言葉の取り扱いは介助を要する者も含む (5点) 3.上記以外 (0点) |
| 情報コントロール | 1.不要なし、読解の取り扱いは可能 (10点) 2.ときに必要あり、読解の取り扱いは介助を要する者も含む (5点) 3.上記以外 (0点) |
| 合計点 | /100点 |

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

| | |
|-------|---|
| 使用の有無 | 1.あり |
| 使用期間 | 西暦 年 月 日 評価の基準 |
| 種類 | 1.気管切開口を介した人工呼吸器 2.鼻マスクを介した人工呼吸器 |
| 使用状況 | 1.常時使用 2.夜間使用 3.1日中絶 4.在宅使用 |
| 生活状況 | 食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助不可 歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助不可 入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助不可 整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助不可 情報コントロール <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助不可 |

新規 更新

■ 基本情報

017 多系統萎縮症

| | | | | |
|--------------------|--|-------|-------|-------|
| 受診者番号 | | | | |
| 姓(漢字) | 名(漢字) | 姓(かな) | 名(かな) | |
| 郵便番号 | 住所 | | | |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日 | 性別 | 1.男 | 2.女 |
| 出生地(市町村) | | | | |
| 出生地(市町村) (変更のある場合) | 姓(漢字) | 名(漢字) | 姓(かな) | 名(かな) |
| 家族歴 | 1.あり 2.なし 3.不明 発症年齢(父) 2.母 3.子 4.同胞(兄弟) 5.同胞(姉妹) 6.兄弟(父) 7.兄弟(父) 8.兄弟(母) 9.兄弟(母) 10.その他 11.その他 12.その他 | | | |
| 発症年月 | 西暦 年 月 | | | |
| 社会保険 | 介護認定 | 1.要介護 | 2.要支援 | 3.なし |
| 生活状況 | 1.単独生活 | 2.要介護 | 3.要支援 | 4.5 |
| 移動の程度 | 1.歩む回数に制限がない 2.いくつかの制限がある 3.ほとんどない | | | |
| 身の回りの管理 | 1.自分でできる 2.自分でできない | | | |
| ふだいの生活 | 1.制限がない 2.いくつかの制限がある 3.ほとんどない | | | |
| 痛み/不快感 | 1.ない 2.中程度 3.ひどい | | | |
| 不安/ふさぎ感 | 1.制限がない 2.中程度 3.ひどい/不安がある/ふさぎ感がある | | | |

■ 診断基準に関する事項

| | |
|----|---|
| 診断 | 1. 確率診断法 2. シャイ・ドレーガー診断法 3. オープンクローズ診断法 |
|----|---|

A. 症状 該当する項目に○を記入する

| | | | | | | |
|-----------------------|---|------|--------------|----------------|----------|------|
| 記憶減退・精神症状 | | | | | | |
| 高熱 (併発病) | 1.あり | 2.なし | 発熱 | 1.あり | 2.なし | |
| 失認 | 1.あり | 2.なし | 失言 (発語内容の異常) | 1.あり | 2.なし | |
| 認知症 (認知機能低下) | 1.あり | 2.なし | | | | |
| 痙攣性 | | | | | | |
| 眼球調節障害 | 1.あり | 2.なし | 水平性 1.あり | 2.なし | 垂直性 1.あり | 2.なし |
| 眼球 | 1.あり | 2.なし | 水平性 1.あり | 2.なし | 垂直性 1.あり | 2.なし |
| 声帯痙攣 | 1.あり | 2.なし | 嚥下障害 | 1.あり | 2.なし | |
| 嚥下障害 | 1.あり | 2.なし | | | | |
| 反射 | | | | | | |
| 四肢の過反射 | 1.正常 | 2.低下 | 3.亢進 | パピンスキー/チャドック徴候 | 1.陽性 | 2.陰性 |
| 運動失調 | | | | | | |
| 他人の手援助/肥満/反折/反折を必要とする | 1.あり | 2.なし | | | | |
| 嚥下障害の有無 | 1.あり | 2.なし | 歩行の障害 | 1.あり | 2.なし | |
| 歩行 姿勢、協調運動 | | | | | | |
| 前立腺の有無 | 1.なし 2.軽度の前立腺 (医師等では正常と見做される) 3.軽度の前立腺 4.中等度の前立腺 5.重度の前立腺 6.高度の前立腺 7.重症前立腺 8.重症前立腺 9.重症前立腺 10.重症前立腺 11.重症前立腺 12.重症前立腺 | | | | | |
| 顕微鏡下での有無 | 1.なし 2.一部にややくともある 3.一部に中等度にくともある 4.中等度にくともある 5.中等度にくともある | | | | | |
| 尿中の蛋白質 (24時間) 尿中 | 1.なし 2.少量 3.中等度 4.大量 5.大量 6.大量 7.大量 8.大量 9.大量 10.大量 11.大量 12.大量 | | | | | |
| 尿中蛋白質 (24時間) 尿中 | 1.なし 2.少量 3.中等度 4.大量 5.大量 6.大量 7.大量 8.大量 9.大量 10.大量 11.大量 12.大量 | | | | | |
| 尿中蛋白質 (24時間) 尿中 | 1.なし 2.少量 3.中等度 4.大量 5.大量 6.大量 7.大量 8.大量 9.大量 10.大量 11.大量 12.大量 | | | | | |
| 尿中蛋白質 (24時間) 尿中 | 1.なし 2.少量 3.中等度 4.大量 5.大量 6.大量 7.大量 8.大量 9.大量 10.大量 11.大量 12.大量 | | | | | |

| | |
|---------|---|
| 医療機関名 | 〒 |
| 医療機関所在地 | 〒 |
| B.医師の名 | 〒 |

1. 医師の名 2. 医師の氏名 3. 医師の氏名 4. 医師の氏名 5. 医師の氏名 6. 医師の氏名 7. 医師の氏名 8. 医師の氏名 9. 医師の氏名 10. 医師の氏名 11. 医師の氏名 12. 医師の氏名

| | | | | | | | | | | | |
|---------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. 医師の名 | 2. 医師の氏名 | 3. 医師の氏名 | 4. 医師の氏名 | 5. 医師の氏名 | 6. 医師の氏名 | 7. 医師の氏名 | 8. 医師の氏名 | 9. 医師の氏名 | 10. 医師の氏名 | 11. 医師の氏名 | 12. 医師の氏名 |
|---------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|

B. 検査結果

| | | | | | | | | | | | | |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|
| 検査項目 | 1. 実施 | 2. 実施 | 3. 実施 | 4. 実施 | 5. 実施 | 6. 実施 | 7. 実施 | 8. 実施 | 9. 実施 | 10. 実施 | 11. 実施 | 12. 実施 |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|

C. 診断

以下の診断を認めた、全て該当する。該当する診断は○を記入する。 1. 全項目可 2. 部分可 3. 不明 4. 皮膚性小脳萎縮症 5. 遺伝性小脳萎縮症 6. 慢性小脳萎縮症 7. パーキンソン病 8. 変性筋性筋炎 9. 進行性上肢麻痺 10. レーバー小脳萎縮症 11. 2次パーキンソン病 12. 脳幹小脳萎縮症 13. 脳幹小脳萎縮症 14. 脳幹小脳萎縮症 15. 脳幹小脳萎縮症 16. 脳幹小脳萎縮症 17. 脳幹小脳萎縮症 18. 脳幹小脳萎縮症 19. 脳幹小脳萎縮症 20. 脳幹小脳萎縮症 21. 脳幹小脳萎縮症 22. 脳幹小脳萎縮症 23. 脳幹小脳萎縮症 24. 脳幹小脳萎縮症 25. 脳幹小脳萎縮症 26. 脳幹小脳萎縮症 27. 脳幹小脳萎縮症 28. 脳幹小脳萎縮症 29. 脳幹小脳萎縮症 30. 脳幹小脳萎縮症 31. 脳幹小脳萎縮症 32. 脳幹小脳萎縮症 33. 脳幹小脳萎縮症 34. 脳幹小脳萎縮症 35. 脳幹小脳萎縮症 36. 脳幹小脳萎縮症 37. 脳幹小脳萎縮症 38. 脳幹小脳萎縮症 39. 脳幹小脳萎縮症 40. 脳幹小脳萎縮症 41. 脳幹小脳萎縮症 42. 脳幹小脳萎縮症 43. 脳幹小脳萎縮症 44. 脳幹小脳萎縮症 45. 脳幹小脳萎縮症 46. 脳幹小脳萎縮症 47. 脳幹小脳萎縮症 48. 脳幹小脳萎縮症 49. 脳幹小脳萎縮症 50. 脳幹小脳萎縮症 51. 脳幹小脳萎縮症 52. 脳幹小脳萎縮症 53. 脳幹小脳萎縮症 54. 脳幹小脳萎縮症 55. 脳幹小脳萎縮症 56. 脳幹小脳萎縮症 57. 脳幹小脳萎縮症 58. 脳幹小脳萎縮症 59. 脳幹小脳萎縮症 60. 脳幹小脳萎縮症 61. 脳幹小脳萎縮症 62. 脳幹小脳萎縮症 63. 脳幹小脳萎縮症 64. 脳幹小脳萎縮症 65. 脳幹小脳萎縮症 66. 脳幹小脳萎縮症 67. 脳幹小脳萎縮症 68. 脳幹小脳萎縮症 69. 脳幹小脳萎縮症 70. 脳幹小脳萎縮症 71. 脳幹小脳萎縮症 72. 脳幹小脳萎縮症 73. 脳幹小脳萎縮症 74. 脳幹小脳萎縮症 75. 脳幹小脳萎縮症 76. 脳幹小脳萎縮症 77. 脳幹小脳萎縮症 78. 脳幹小脳萎縮症 79. 脳幹小脳萎縮症 80. 脳幹小脳萎縮症 81. 脳幹小脳萎縮症 82. 脳幹小脳萎縮症 83. 脳幹小脳萎縮症 84. 脳幹小脳萎縮症 85. 脳幹小脳萎縮症 86. 脳幹小脳萎縮症 87. 脳幹小脳萎縮症 88. 脳幹小脳萎縮症 89. 脳幹小脳萎縮症 90. 脳幹小脳萎縮症 91. 脳幹小脳萎縮症 92. 脳幹小脳萎縮症 93. 脳幹小脳萎縮症 94. 脳幹小脳萎縮症 95. 脳幹小脳萎縮症 96. 脳幹小脳萎縮症 97. 脳幹小脳萎縮症 98. 脳幹小脳萎縮症 99. 脳幹小脳萎縮症 100. 脳幹小脳萎縮症

<診断のカテゴリ> (該当する項目に○を記入する)

| | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| Possible: 以下の1-3をすべて満たす | <input type="checkbox"/> パーキンソン病 |
| Probable: 以下の1もしくは2を認める | <input type="checkbox"/> 脳幹小脳萎縮症 |
| Definite: 診断により病理学的に確定診断されたもの | <input type="checkbox"/> レーバー小脳萎縮症 |

発症の概要、経過、特徴すべき事項など

| | | | | |
|---------|--|--|--|--|
| 発症の概要 | | | | |
| 経過 | | | | |
| 特徴すべき事項 | | | | |

