

■ 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	
開始時期	西暦 年 月 日	継続のし方
継続	1.常時24時間着用した人工呼吸器 2.常時マスク又はマスクをかした人工呼吸器	
使用状況	1.開始時に行 2.病室の換気室で行 3.1日中4時間 4.電気が落ちると	
生活状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 呼吸器とベッド間の移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助不可 トイレ動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <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"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 不可 習字等 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 通勤コントロール <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	

医療機関名

〒 市町村 番 号 丁目 番 号 番地

〒 市町村 番 号 丁目 番 号 番地

医療機関の名称

〒 市町村 番 号 丁目 番 号 番地

※医療機関の名称、住所は変更の無い限り、記載事項が変更となった場合は、1ヶ月以内に変更の届出を提出すること。ただし、変更が継続的かつ長期的なものである場合は、変更届出の届出を不要とする。

※医療機関の名称、住所の変更は、変更届出の届出を提出すること。ただし、変更が継続的かつ長期的なものである場合は、変更届出の届出を不要とする。

※医療機関の名称、住所の変更は、変更届出の届出を提出すること。ただし、変更が継続的かつ長期的なものである場合は、変更届出の届出を不要とする。

※医療機関の名称、住所の変更は、変更届出の届出を提出すること。ただし、変更が継続的かつ長期的なものである場合は、変更届出の届出を不要とする。

019-15 ラインゾーム病-Sly病

新規 更新

■ 基本情報

交付番号	名(英字)	姓(英字)	名(英字)
新規番号	住所		
生年月日	西暦 年 月 日	性別	1.男 2.女
出生地(国名)	出生地(英字)		
出生時氏名	姓(英字)	名(英字)	姓(英字) 名(英字)
病歴	1.あり 2.なし 3.不明 4.喘息(小児) 5.結核(小児) 6.糖尿病(小児) 7.アレルギー疾患(小児) 8.尿路感染症(小児) 9.乳がん(小児) 10.子宮頸がん(小児) 11.その他 ()		
発症年月	西暦 年 月	日	場所
発症経緯	1.発熱 2.呼吸困難 3.なし 4.その他 ()		
発症時症状	1.発熱 2.呼吸困難 3.なし 4.その他 ()		
発症時の経過	1.歩行困難に陥った 2.歩行困難に陥った 3.歩行困難に陥った 4.歩行困難に陥った 5.歩行困難に陥った 6.歩行困難に陥った 7.歩行困難に陥った 8.歩行困難に陥った 9.歩行困難に陥った 10.歩行困難に陥った 11.歩行困難に陥った 12.歩行困難に陥った		
発症時の検査	1.発熱 2.呼吸困難 3.なし 4.その他 ()		

■ 診断基準に関する事項

診断 病型 新1型 新2型 新3型

A. 主要所見

検査項目	1.あり 2.ありなし 3.不明	検査項目	1.あり 2.ありなし 3.不明
発熱		呼吸困難	
呼吸困難		歩行困難	
歩行困難		その他	
その他		その他	

B. 検査所見

1.胸部レントゲンの所見	1.あり 2.なし 3.不明	3.肺野陰影	1.あり 2.なし 3.不明
2.中鎖肋骨骨折の所見	1.あり 2.なし 3.不明	4.その他	1.あり 2.なし 3.不明
3.Sの肋骨骨折の所見	1.あり 2.なし 3.不明	5.その他	1.あり 2.なし 3.不明
4.その他	1.あり 2.なし 3.不明	6.その他	1.あり 2.なし 3.不明

C. 遺伝子診断

遺伝子検査の有無 あり なし 不明

D. 診断

以下の疾患を鑑別し、全て除外できる。除外できず疾患がある場合は記入する。1.全身性紅斑 2.帯状疱疹 3.水痘 4.麻疹 5.風疹 6.猩紅熱 7.伝染性単核白血球症 8.細菌性髄膜炎 9.脳膜炎 10.脳膿瘍 11.脳梗塞 12.脳出血 13.脳腫瘍 14.脳血管炎 15.脳脊髄膜炎 16.脊髄空洞症 17.脊髄神経根炎 18.脊髄神経炎 19.脊髄神経腫瘍 20.脊髄神経腫瘍 21.脊髄神経腫瘍 22.脊髄神経腫瘍 23.脊髄神経腫瘍 24.脊髄神経腫瘍 25.脊髄神経腫瘍 26.脊髄神経腫瘍 27.脊髄神経腫瘍 28.脊髄神経腫瘍 29.脊髄神経腫瘍 30.脊髄神経腫瘍 31.脊髄神経腫瘍 32.脊髄神経腫瘍 33.脊髄神経腫瘍 34.脊髄神経腫瘍 35.脊髄神経腫瘍 36.脊髄神経腫瘍 37.脊髄神経腫瘍 38.脊髄神経腫瘍 39.脊髄神経腫瘍 40.脊髄神経腫瘍 41.脊髄神経腫瘍 42.脊髄神経腫瘍 43.脊髄神経腫瘍 44.脊髄神経腫瘍 45.脊髄神経腫瘍 46.脊髄神経腫瘍 47.脊髄神経腫瘍 48.脊髄神経腫瘍 49.脊髄神経腫瘍 50.脊髄神経腫瘍 51.脊髄神経腫瘍 52.脊髄神経腫瘍 53.脊髄神経腫瘍 54.脊髄神経腫瘍 55.脊髄神経腫瘍 56.脊髄神経腫瘍 57.脊髄神経腫瘍 58.脊髄神経腫瘍 59.脊髄神経腫瘍 60.脊髄神経腫瘍 61.脊髄神経腫瘍 62.脊髄神経腫瘍 63.脊髄神経腫瘍 64.脊髄神経腫瘍 65.脊髄神経腫瘍 66.脊髄神経腫瘍 67.脊髄神経腫瘍 68.脊髄神経腫瘍 69.脊髄神経腫瘍 70.脊髄神経腫瘍 71.脊髄神経腫瘍 72.脊髄神経腫瘍 73.脊髄神経腫瘍 74.脊髄神経腫瘍 75.脊髄神経腫瘍 76.脊髄神経腫瘍 77.脊髄神経腫瘍 78.脊髄神経腫瘍 79.脊髄神経腫瘍 80.脊髄神経腫瘍 81.脊髄神経腫瘍 82.脊髄神経腫瘍 83.脊髄神経腫瘍 84.脊髄神経腫瘍 85.脊髄神経腫瘍 86.脊髄神経腫瘍 87.脊髄神経腫瘍 88.脊髄神経腫瘍 89.脊髄神経腫瘍 90.脊髄神経腫瘍 91.脊髄神経腫瘍 92.脊髄神経腫瘍 93.脊髄神経腫瘍 94.脊髄神経腫瘍 95.脊髄神経腫瘍 96.脊髄神経腫瘍 97.脊髄神経腫瘍 98.脊髄神経腫瘍 99.脊髄神経腫瘍 100.脊髄神経腫瘍

<診断のカタゴリー>

確定診断: B-1またはCの遺伝子変異を認め、Dの全疾病を除外できる。1.全身性紅斑 2.帯状疱疹 3.水痘 4.麻疹 5.風疹 6.猩紅熱 7.伝染性単核白血球症 8.細菌性髄膜炎 9.脳膜炎 10.脳膿瘍 11.脳梗塞 12.脳出血 13.脳腫瘍 14.脳血管炎 15.脳脊髄膜炎 16.脊髄空洞症 17.脊髄神経根炎 18.脊髄神経炎 19.脊髄神経腫瘍 20.脊髄神経腫瘍 21.脊髄神経腫瘍 22.脊髄神経腫瘍 23.脊髄神経腫瘍 24.脊髄神経腫瘍 25.脊髄神経腫瘍 26.脊髄神経腫瘍 27.脊髄神経腫瘍 28.脊髄神経腫瘍 29.脊髄神経腫瘍 30.脊髄神経腫瘍 31.脊髄神経腫瘍 32.脊髄神経腫瘍 33.脊髄神経腫瘍 34.脊髄神経腫瘍 35.脊髄神経腫瘍 36.脊髄神経腫瘍 37.脊髄神経腫瘍 38.脊髄神経腫瘍 39.脊髄神経腫瘍 40.脊髄神経腫瘍 41.脊髄神経腫瘍 42.脊髄神経腫瘍 43.脊髄神経腫瘍 44.脊髄神経腫瘍 45.脊髄神経腫瘍 46.脊髄神経腫瘍 47.脊髄神経腫瘍 48.脊髄神経腫瘍 49.脊髄神経腫瘍 50.脊髄神経腫瘍 51.脊髄神経腫瘍 52.脊髄神経腫瘍 53.脊髄神経腫瘍 54.脊髄神経腫瘍 55.脊髄神経腫瘍 56.脊髄神経腫瘍 57.脊髄神経腫瘍 58.脊髄神経腫瘍 59.脊髄神経腫瘍 60.脊髄神経腫瘍 61.脊髄神経腫瘍 62.脊髄神経腫瘍 63.脊髄神経腫瘍 64.脊髄神経腫瘍 65.脊髄神経腫瘍 66.脊髄神経腫瘍 67.脊髄神経腫瘍 68.脊髄神経腫瘍 69.脊髄神経腫瘍 70.脊髄神経腫瘍 71.脊髄神経腫瘍 72.脊髄神経腫瘍 73.脊髄神経腫瘍 74.脊髄神経腫瘍 75.脊髄神経腫瘍 76.脊髄神経腫瘍 77.脊髄神経腫瘍 78.脊髄神経腫瘍 79.脊髄神経腫瘍 80.脊髄神経腫瘍 81.脊髄神経腫瘍 82.脊髄神経腫瘍 83.脊髄神経腫瘍 84.脊髄神経腫瘍 85.脊髄神経腫瘍 86.脊髄神経腫瘍 87.脊髄神経腫瘍 88.脊髄神経腫瘍 89.脊髄神経腫瘍 90.脊髄神経腫瘍 91.脊髄神経腫瘍 92.脊髄神経腫瘍 93.脊髄神経腫瘍 94.脊髄神経腫瘍 95.脊髄神経腫瘍 96.脊髄神経腫瘍 97.脊髄神経腫瘍 98.脊髄神経腫瘍 99.脊髄神経腫瘍 100.脊髄神経腫瘍

<症状の経過、経過、特徴すべき事項など>

■ 治療その他

治療の有無	1.あり 2.なし 3.不明	治療の経過	1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明
治療の期間	西暦 年 月 日	治療の方法	西暦 年 月 日
治療の結果	()	治療の副作用	()
発熱の有無	1.あり 2.なし 3.不明	呼吸困難の有無	1.あり 2.なし 3.不明
呼吸困難の有無	1.あり 2.なし 3.不明	歩行困難の有無	1.あり 2.なし 3.不明
歩行困難の有無	1.あり 2.なし 3.不明	その他	()
その他	()	その他	()

■ 重症度分類に関する事項

重症度分類	1.軽度 2.中等度 3.重症
重症度分類の理由	1.全身性紅斑(5-10) 2.歩行困難(5-10) 3.歩行困難(5-10) 4.歩行困難(5-10) 5.歩行困難(5-10) 6.歩行困難(5-10) 7.歩行困難(5-10) 8.歩行困難(5-10) 9.歩行困難(5-10) 10.歩行困難(5-10) 11.歩行困難(5-10) 12.歩行困難(5-10) 13.歩行困難(5-10) 14.歩行困難(5-10) 15.歩行困難(5-10) 16.歩行困難(5-10) 17.歩行困難(5-10) 18.歩行困難(5-10) 19.歩行困難(5-10) 20.歩行困難(5-10) 21.歩行困難(5-10) 22.歩行困難(5-10) 23.歩行困難(5-10) 24.歩行困難(5-10) 25.歩行困難(5-10) 26.歩行困難(5-10) 27.歩行困難(5-10) 28.歩行困難(5-10) 29.歩行困難(5-10) 30.歩行困難(5-10) 31.歩行困難(5-10) 32.歩行困難(5-10) 33.歩行困難(5-10) 34.歩行困難(5-10) 35.歩行困難(5-10) 36.歩行困難(5-10) 37.歩行困難(5-10) 38.歩行困難(5-10) 39.歩行困難(5-10) 40.歩行困難(5-10) 41.歩行困難(5-10) 42.歩行困難(5-10) 43.歩行困難(5-10) 44.歩行困難(5-10) 45.歩行困難(5-10) 46.歩行困難(5-10) 47.歩行困難(5-10) 48.歩行困難(5-10) 49.歩行困難(5-10) 50.歩行困難(5-10) 51.歩行困難(5-10) 52.歩行困難(5-10) 53.歩行困難(5-10) 54.歩行困難(5-10) 55.歩行困難(5-10) 56.歩行困難(5-10) 57.歩行困難(5-10) 58.歩行困難(5-10) 59.歩行困難(5-10) 60.歩行困難(5-10) 61.歩行困難(5-10) 62.歩行困難(5-10) 63.歩行困難(5-10) 64.歩行困難(5-10) 65.歩行困難(5-10) 66.歩行困難(5-10) 67.歩行困難(5-10) 68.歩行困難(5-10) 69.歩行困難(5-10) 70.歩行困難(5-10) 71.歩行困難(5-10) 72.歩行困難(5-10) 73.歩行困難(5-10) 74.歩行困難(5-10) 75.歩行困難(5-10) 76.歩行困難(5-10) 77.歩行困難(5-10) 78.歩行困難(5-10) 79.歩行困難(5-10) 80.歩行困難(5-10) 81.歩行困難(5-10) 82.歩行困難(5-10) 83.歩行困難(5-10) 84.歩行困難(5-10) 85.歩行困難(5-10) 86.歩行困難(5-10) 87.歩行困難(5-10) 88.歩行困難(5-10) 89.歩行困難(5-10) 90.歩行困難(5-10) 91.歩行困難(5-10) 92.歩行困難(5-10) 93.歩行困難(5-10) 94.歩行困難(5-10) 95.歩行困難(5-10) 96.歩行困難(5-10) 97.歩行困難(5-10) 98.歩行困難(5-10) 99.歩行困難(5-10) 100.歩行困難(5-10)

■ 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			
開始時期	西暦 年 月	週明けがしらぬ		
種類	1.常時呼吸器を介した人工呼吸器 2.機マックス又はマックスを介した人工呼吸器			
実行状況	1.開始が実行 2.夜間のみ継続的に実行 3.一日中実行 4.実行中未実行			
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"/> 部分介助 <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	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	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	脱衣着替	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 不可	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排泄コントロール	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	排泄コントロール	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助

医師情報

医師情報入力 氏名

医師情報入力 氏名

医師の氏名

〒 〇〇〇〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇

〒 〇〇〇〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇

全在家または機関のことで

・医師の氏名、所属機関、住所を正確に記入し、医師の氏名が正確に記入されていることを確認してください。医師の氏名が正確に記入されていない場合は、医師の氏名を訂正してください。

・医師の氏名は、医師の氏名を正確に記入し、医師の氏名が正確に記入されていることを確認してください。医師の氏名が正確に記入されていない場合は、医師の氏名を訂正してください。

・医師の氏名、所属機関、住所を正確に記入し、医師の氏名が正確に記入されていることを確認してください。医師の氏名が正確に記入されていない場合は、医師の氏名を訂正してください。

■ 基本情報

019-16 ライノーム病-ヒアルロニダーゼ欠損症

新規 更新

受診番号			
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
出生の国(町村)			
出生地(氏名(変更のある場合))	姓(漢字)	名(漢字)	姓(かな)
家族歴	1.あり 2.なし 3.不明 4.兄弟姉妹 5.兄弟姉妹(男) 6.兄弟姉妹(女) 7.兄弟(父方) 8.兄弟(母方) 9.姐妹(母方) 10.いとこ 11.その他 備考 ()		
婚姻年月	西暦 年 月		
生活保護	1.受給中 2.未受給 3.なし 4.要介護認定 1 2 3 4 5		
生活状況	1.車も歩行も困難 2.歩くのが困難がある 3.軽たぎりでできる		
身のまわりの管理	1.自分でできる 2.困難がある 3.自分でできない		
歩行の状況	1.困難がある 2.歩くのが困難がある 3.行うことができない		
排泄/コントロール	1.なし 2.中程度 3.ひどく不安定な状態にある		
排便コントロール	1.困難がある 2.中程度 3.ひどく不安定な状態にある		

■ 診断基準に関する事項

A. 主要所見

理由所見	1.あり 2.未実施 3.不明	西暦 年 月	
身長	cm	体重	kg
脈拍	回/分	血圧	mmHg
酸素飽和度	mmHg	収縮血圧	mmHg
呼吸器	1.あり 2.なし	呼吸音	1.あり 2.なし
心臓	1.あり 2.なし	心臓音	1.あり 2.なし
消化器	1.あり 2.なし	腹部	1.あり 2.なし
泌尿器	1.あり 2.なし	尿検査	1.あり 2.なし
血液検査	1.あり 2.なし	血液検査	1.あり 2.なし
画像検査	1.あり 2.なし	画像検査	1.あり 2.なし
その他	1.あり 2.なし	その他	1.あり 2.なし

B. 検査所見

1.呼吸器の検査	1.あり 2.なし 3.不明		
2.消化器の検査	1.あり 2.なし 3.不明		
3.血液検査	1.あり 2.なし 3.不明		
4.画像検査	1.あり 2.なし 3.不明		

3.その他の診断情報	1.あり 2.なし 3.未実施
------------	-----------------

C. 遺伝学的検査

遺伝子検査の実施

Chromosome 遺伝子

D. 診断

以下の診断を認めた場合、全て満たす場合は「確定」と記入する。

乳幼児診断 1. 乳幼児診断 2. 先天性異常診断

成人診断 1. 遺伝子検査 2. 臨床検査 3. 精神科

<診断のカテゴリー>

確定診断: B-1 または C の遺伝子変異を認め、D の全項目を除外できる

1. 該当 2. 非該当

<症状の進展、経過、特記すべき事項など>

■ 治療その他

その他の所定特異的治療(シヤペロン、基質分解剤等)

有無 1.あり 2.なし

治療開始(日) 西暦 年 月

治療期間(日) 西暦 年 月

治療終了(日) 西暦 年 月

治療内容

1.実施 2.未実施 3.中止 4.その他

1.実施 2.未実施 3.中止 4.その他

■ 重症度分類に関する事項

ライノーム病の重症度(以下に当てはまる)	1.深刻 2.中等 3.不明
乳幼児型	1.乳幼児(年齢) 2.月齢(年齢) 3.月齢(年齢) 4.月齢(年齢) 5.月齢(年齢) 6.月齢(年齢) 7.月齢(年齢) 8.月齢(年齢) 9.月齢(年齢) 10.月齢(年齢) 11.月齢(年齢) 12.月齢(年齢) 13.月齢(年齢) 14.月齢(年齢) 15.月齢(年齢) 16.月齢(年齢) 17.月齢(年齢) 18.月齢(年齢) 19.月齢(年齢) 20.月齢(年齢)
青年・成人型	1.乳幼児(年齢) 2.月齢(年齢) 3.月齢(年齢) 4.月齢(年齢) 5.月齢(年齢) 6.月齢(年齢) 7.月齢(年齢) 8.月齢(年齢) 9.月齢(年齢) 10.月齢(年齢) 11.月齢(年齢) 12.月齢(年齢) 13.月齢(年齢) 14.月齢(年齢) 15.月齢(年齢) 16.月齢(年齢) 17.月齢(年齢) 18.月齢(年齢) 19.月齢(年齢) 20.月齢(年齢)

■ 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			
開始時期	西暦 年 月	週明けがしらぬ		
種類	1.常時呼吸器を介した人工呼吸器 2.機マックス又はマックスを介した人工呼吸器			
実行状況	1.開始が実行 2.夜間のみ継続的に実行 3.一日中実行 4.実行中未実行			
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"/> 部分介助 <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	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	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	脱衣着替	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 不可	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排泄コントロール	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	排泄コントロール	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助

氏名	〒 市区町村
住所	電話番号
印	平成 年 月 日

この報告書は、関係機関等に提供することとされており、関係機関等に提供される場合があります。また、この報告書の内容が、関係機関等に提供される場合があります。

019-17 ライノゾーム病- シアードーシス 新設 更新

発症者番号				
種別	名(漢字)	姓(カタ)	名(カタ)	
別居番号	住所			
生年月日	西暦	年	月	日
出生年月	性別			
出生年月	1号	2号		
出生年月	1.あり	2.なし		
出生年月	性別	年	月	日
出生年月	1.あり	2.なし		
出生年月	1.あり	2.なし		
出生年月	1.あり	2.なし		
出生年月	1.あり	2.なし		

■ 診断結果に関する事項
診断
病名

発症者番号	1.あり	2.なし	3.不明
発症者番号	1.あり	2.なし	3.不明
発症者番号	1.あり	2.なし	3.不明
発症者番号	1.あり	2.なし	3.不明
発症者番号	1.あり	2.なし	3.不明
発症者番号	1.あり	2.なし	3.不明
発症者番号	1.あり	2.なし	3.不明
発症者番号	1.あり	2.なし	3.不明
発症者番号	1.あり	2.なし	3.不明
発症者番号	1.あり	2.なし	3.不明
発症者番号	1.あり	2.なし	3.不明
発症者番号	1.あり	2.なし	3.不明
発症者番号	1.あり	2.なし	3.不明

B. 検査結果

1. 検査結果の有無	1.あり	2.なし	3.不明
2. 検査結果の詳細	1.あり	2.なし	3.不明
3. その他	1.あり	2.なし	3.不明

C. 遺伝子検査
遺伝子検査の有無

D. 診断結果
診断結果の有無

＜診断のカテゴリー＞
診断結果

＜症状の経過、経過、特記すべき事項など＞

■ 治療その他
治療結果

■ 重症化分類に関する事項
重症化分類

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)
人工呼吸器の使用状況

予備処置	食料 窒息 入浴 熱対策 冷却コントロール	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助/不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助/不可 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 不能 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	呼吸サポート開始の有無 トイト動作 歩行 音聴覚 冷却コントロール	<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 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <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 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
------	-----------------------------------	---	---	--

医師氏名 _____

〒 _____

〒 _____

〒 _____

印 記載年月日：平成 年 月 日 自治筆名(変更欄のこと)

※ 医師の氏名、診療科目、住所、電話番号、勤務先住所、診療時間、診療科目、診療科目のコードを記入してください。診療科目のコードは、診療科目のコードの欄に記入してください。診療科目のコードは、診療科目のコードの欄に記入してください。

019-18 ライノーム病- ガラクシアードーシス 新規 更新

受診番号			
姓(漢字)	名(漢字)	姓(ひらがな)	名(ひらがな)
郵便番号	住所		
生年月日	西暦 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生地(国)	住所		
家族歴	1.あり なし 2.不明 3.乳母(父) 4.乳母(母) 5.乳母(女) 6.祖父(父) 7.祖父(母) 8.祖母(父) 9.祖母(母) 10.いとこ 11.その他 産科 ()		
発症年月	西暦 年 月		
生命保険	1.契約あり <input type="checkbox"/> 2.契約なし <input type="checkbox"/> 3.不明 <input type="checkbox"/> 4.あり <input type="checkbox"/> 5.なし <input type="checkbox"/>		
生活状況	1.専業主婦/専業主夫 <input type="checkbox"/> 2.専業主婦/専業主夫 <input type="checkbox"/> 3.専業主婦/専業主夫 <input type="checkbox"/> 4.専業主婦/専業主夫 <input type="checkbox"/> 5.専業主婦/専業主夫 <input type="checkbox"/>		
身体機能	1.歩行 <input type="checkbox"/> 2.歩行 <input type="checkbox"/> 3.歩行 <input type="checkbox"/> 4.歩行 <input type="checkbox"/> 5.歩行 <input type="checkbox"/>		
食事の摂取	1.摂取 <input type="checkbox"/> 2.摂取 <input type="checkbox"/> 3.摂取 <input type="checkbox"/> 4.摂取 <input type="checkbox"/> 5.摂取 <input type="checkbox"/>		
水分の摂取	1.摂取 <input type="checkbox"/> 2.摂取 <input type="checkbox"/> 3.摂取 <input type="checkbox"/> 4.摂取 <input type="checkbox"/> 5.摂取 <input type="checkbox"/>		
排泄物の排泄	1.排泄 <input type="checkbox"/> 2.排泄 <input type="checkbox"/> 3.排泄 <input type="checkbox"/> 4.排泄 <input type="checkbox"/> 5.排泄 <input type="checkbox"/>		
着衣/脱着	1.着衣 <input type="checkbox"/> 2.着衣 <input type="checkbox"/> 3.着衣 <input type="checkbox"/> 4.着衣 <input type="checkbox"/> 5.着衣 <input type="checkbox"/>		
入浴/お風呂	1.入浴 <input type="checkbox"/> 2.入浴 <input type="checkbox"/> 3.入浴 <input type="checkbox"/> 4.入浴 <input type="checkbox"/> 5.入浴 <input type="checkbox"/>		

■ 診断基準に関する事項
診断

病型 1.新生児及小児期発症型 2.成人発症型 3.先天性成人発症型

A. 主要所見

検査項目	1.実施 <input type="checkbox"/> 2.未実施 <input type="checkbox"/> 3.実施済 <input type="checkbox"/> 4.不明 <input type="checkbox"/>	年 月		
身長		cm	体重	kg
頭囲		cm	体位	
顔面形状		mmHg	異常所見	mmHg
両肺野の聴き	1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明 <input type="checkbox"/>	聴診器	1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明 <input type="checkbox"/>	
心音の聴き	1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明 <input type="checkbox"/>	聴診器	1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明 <input type="checkbox"/>	
呼吸音	1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明 <input type="checkbox"/>	聴診器	1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明 <input type="checkbox"/>	
心雑音	1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明 <input type="checkbox"/>	聴診器	1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明 <input type="checkbox"/>	
心雑音	1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明 <input type="checkbox"/>	聴診器	1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明 <input type="checkbox"/>	
呼吸音	1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明 <input type="checkbox"/>	聴診器	1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明 <input type="checkbox"/>	
心雑音	1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明 <input type="checkbox"/>	聴診器	1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明 <input type="checkbox"/>	
呼吸音	1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明 <input type="checkbox"/>	聴診器	1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明 <input type="checkbox"/>	
心雑音	1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明 <input type="checkbox"/>	聴診器	1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明 <input type="checkbox"/>	
呼吸音	1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明 <input type="checkbox"/>	聴診器	1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明 <input type="checkbox"/>	
心雑音	1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明 <input type="checkbox"/>	聴診器	1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明 <input type="checkbox"/>	
呼吸音	1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明 <input type="checkbox"/>	聴診器	1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明 <input type="checkbox"/>	
心雑音	1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明 <input type="checkbox"/>	聴診器	1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明 <input type="checkbox"/>	
呼吸音	1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明 <input type="checkbox"/>	聴診器	1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明 <input type="checkbox"/>	
心雑音	1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明 <input type="checkbox"/>	聴診器	1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明 <input type="checkbox"/>	
呼吸音	1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明 <input type="checkbox"/>	聴診器	1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明 <input type="checkbox"/>	
心雑音	1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明 <input type="checkbox"/>	聴診器	1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明 <input type="checkbox"/>	
呼吸音	1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明 <input type="checkbox"/>	聴診器	1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし <input type="checkbox"/> 3.不明 <input type="checkbox"/>	

B. 検査所見

遺伝子検査	1.実施 <input type="checkbox"/> 2.未実施 <input type="checkbox"/> 3.実施済 <input type="checkbox"/> 4.不明 <input type="checkbox"/>	年 月		
遺伝子検査	1.実施 <input type="checkbox"/> 2.未実施 <input type="checkbox"/> 3.実施済 <input type="checkbox"/> 4.不明 <input type="checkbox"/>	年 月		
遺伝子検査	1.実施 <input type="checkbox"/> 2.未実施 <input type="checkbox"/> 3.実施済 <input type="checkbox"/> 4.不明 <input type="checkbox"/>	年 月		

検査項目	1.実施 <input type="checkbox"/> 2.未実施 <input type="checkbox"/> 3.実施済 <input type="checkbox"/> 4.不明 <input type="checkbox"/>	年 月		
検査項目	1.実施 <input type="checkbox"/> 2.未実施 <input type="checkbox"/> 3.実施済 <input type="checkbox"/> 4.不明 <input type="checkbox"/>	年 月		
検査項目	1.実施 <input type="checkbox"/> 2.未実施 <input type="checkbox"/> 3.実施済 <input type="checkbox"/> 4.不明 <input type="checkbox"/>	年 月		

C. 遺伝学的検査

遺伝学的検査	1.実施 <input type="checkbox"/> 2.未実施 <input type="checkbox"/> 3.実施済 <input type="checkbox"/> 4.不明 <input type="checkbox"/>	年 月		
--------	---	-----	--	--

D. 診断

以下の診断を記載し、全て該当する。条件を満たさない場合は該当しない。全て該当可 2.条件不可 3.不明
乳幼児発症型 4.その他の乳幼児発症型 (遺伝子診断) 5.先天性成人発症型 6.成人発症型

< 診断のカテゴリー >

確定診断：B-1またはCの診断を認め、Dの全所見を除外できる。 1.該当 2.非該当
疑い診断：B-2-3は確定診断に参考とする。

< 症状の経過、経過、特記すべき事項など >

■ 治療その他

治療	1.実施 <input type="checkbox"/> 2.未実施 <input type="checkbox"/> 3.実施済 <input type="checkbox"/> 4.不明 <input type="checkbox"/>	年 月		
治療	1.実施 <input type="checkbox"/> 2.未実施 <input type="checkbox"/> 3.実施済 <input type="checkbox"/> 4.不明 <input type="checkbox"/>	年 月		

■ 重症度分類に関する事項

重症度分類	1.1類 <input type="checkbox"/> 2.2類 <input type="checkbox"/> 3.3類 <input type="checkbox"/> 4.4類 <input type="checkbox"/> 5.5類 <input type="checkbox"/> 6.6類 <input type="checkbox"/> 7.7類 <input type="checkbox"/> 8.8類 <input type="checkbox"/> 9.9類 <input type="checkbox"/> 10.10類 <input type="checkbox"/> 11.11類 <input type="checkbox"/> 12.12類 <input type="checkbox"/> 13.13類 <input type="checkbox"/> 14.14類 <input type="checkbox"/> 15.15類 <input type="checkbox"/> 16.16類 <input type="checkbox"/> 17.17類 <input type="checkbox"/> 18.18類 <input type="checkbox"/> 19.19類 <input type="checkbox"/> 20.20類 <input type="checkbox"/> 21.21類 <input type="checkbox"/> 22.22類 <input type="checkbox"/> 23.23類 <input type="checkbox"/> 24.24類 <input type="checkbox"/> 25.25類 <input type="checkbox"/> 26.26類 <input type="checkbox"/> 27.27類 <input type="checkbox"/> 28.28類 <input type="checkbox"/> 29.29類 <input type="checkbox"/> 30.30類 <input type="checkbox"/>
-------	---

生活状況	食生活	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	服薬とベッド間の移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
居住	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助/不可	トイレ動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
移動手段	排泄管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
通院コントロール	通院コントロール	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	通院コントロール	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助

施設名称: _____ 施設番号: _____

施設所属〒: _____ 電話番号: _____

医師の氏名 _____ 印 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 自治医科大学病院のこと

※ 施設名称、住所、電話番号、施設番号は変更できません。変更が必要な場合は、自治医科大学病院に連絡してください。
 ※ 施設名称、住所、電話番号、施設番号は変更できません。変更が必要な場合は、自治医科大学病院に連絡してください。
 ※ 施設名称、住所、電話番号、施設番号は変更できません。変更が必要な場合は、自治医科大学病院に連絡してください。

新規 更新

019-22 ラインゲーム病- フコジドーシス

受診者番号	氏名(漢字)	姓(カナ)	名(カナ)
生年月日	性別	性別	性別
出生地(国)	出生地(県)	出生地(市)	出生地(町)
家族歴	1. あり 2. なし 3. 不明		
婚姻歴	1. あり 2. なし 3. 不明		
妊娠歴	1. あり 2. なし 3. 不明		
分娩経緯	1. 経産 2. 初産 3. その他		
現在の病状	1. 軽度 2. 中等度 3. 重度		

■ 診断基準に関する事項

診断 1. 乳児型 2. 成人型

検査項目	結果
身長	cm
体重	kg
頭囲	cm
腕囲	cm
頸部	cm
呼吸	正常
心音	正常
聴力	正常
視力	正常
眼底	正常
神経学	正常
脳波	正常
脳造影	正常
脳脊液	正常
遺伝子検査	正常
その他	

治療方針	1. あり 2. なし 3. 不明
経過観察	1. あり 2. なし 3. 不明
手術	1. あり 2. なし 3. 不明
薬物療法	1. あり 2. なし 3. 不明
放射線療法	1. あり 2. なし 3. 不明
その他	

検査項目	実施日	結果	備考
2. 中間代謝検査の結果			
オキシドンの尿中排泄量	1. あり 2. なし 3. 不明		
その他の検査結果			
その他検査結果	1. あり 2. なし 3. 不明		

C. 遺伝子検査
 遺伝子検査の結果 _____ 1. 実施 2. 未実施
 an-fusion 遺伝子

D. 鑑別診断
 以下の疾患を鑑別し、全て除外できる。除外できなかった疾患は記入する。 _____ 1. 全訂可 2. 部分不可 3. 不明
 乳幼児型 成人型 乳幼児型 成人型 乳幼児型 成人型

<診断のカテゴリー>
 前診断: B-1 または C の遺伝子変異を認め、D の全訂可を除外できる _____ 1. 該当 2. 非該当
 なお、B-2-3 は確定診断の参考とする

症状の概要、経過、特記すべき事項など

■ 治療その他

治療方針	1. あり 2. なし 3. 不明	治療結果	1. 改善 2. 不変 3. 悪化 4. 不明
経過観察	1. あり 2. なし 3. 不明	経過観察 ()	
手術	1. あり 2. なし 3. 不明	手術結果 ()	1. 改善 2. 不変 3. 悪化 4. 不明
薬物療法	1. あり 2. なし 3. 不明	薬物療法 ()	
放射線療法	1. あり 2. なし 3. 不明	放射線療法 ()	
その他			

■ 重症度分類に関する事項
 ラインゲーム病の重症度: 以下のいずれかに該当する _____ 1. 該当 2. 非該当 3. 不明
 1. 乳児型 (年齢) 1. 乳児型 2. 乳児型 3. 乳児型 4. 乳児型 5. 乳児型 6. 乳児型 7. 乳児型 8. 乳児型 9. 乳児型 10. 乳児型
 1. 重度の症状 (IQ < 5) 2. 認知障害 3. 知的障害 4. 知的障害 5. 知的障害 6. 知的障害 7. 知的障害 8. 知的障害 9. 知的障害 10. 知的障害
 1. 大脳分節 2. 大脳分節 3. 大脳分節 4. 大脳分節 5. 大脳分節 6. 大脳分節 7. 大脳分節 8. 大脳分節 9. 大脳分節 10. 大脳分節

■ 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 2. なし
 開始時期 _____ 開始 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 開始の理由 _____
 種類 _____ 1. 非閉鎖型 2. 閉鎖型 3. 閉鎖型 4. 閉鎖型 5. 閉鎖型 6. 閉鎖型 7. 閉鎖型 8. 閉鎖型 9. 閉鎖型 10. 閉鎖型
 開始理由 _____ 1. 呼吸不全 2. 呼吸不全 3. 呼吸不全 4. 呼吸不全 5. 呼吸不全 6. 呼吸不全 7. 呼吸不全 8. 呼吸不全 9. 呼吸不全 10. 呼吸不全

医療機関名	〒医療機関番号
医療機関の〒住所	電話番号
医師の氏名	印 記 年 月 日 平成 年 月 日 受付済または調剤のこと

- ・病名記載に際し、病名記載、病名記載等により、医療機関に所属する医師の氏名を記載し、その医師の氏名を記載していただくこととなります。
- ・ただし、医師の氏名を記載する場合は、医師の氏名を記載していただくこととなります。
- ・医師の氏名を記載する場合は、医師の氏名を記載していただくこととなります。
- ・医師の氏名を記載する場合は、医師の氏名を記載していただくこととなります。
- ・医師の氏名を記載する場合は、医師の氏名を記載していただくこととなります。
- ・医師の氏名を記載する場合は、医師の氏名を記載していただくこととなります。

019-24 ライゾーム病・Schinder 病／神経痛 新規 更新

医療機関番号	〒医療機関番号			
性別	名(漢字)	姓(カナ)	名(カナ)	
系統番号	住所			
生年月日	西暦 年 月 日	性別	1.男 2.女	
出生地(市町村)				
出生時氏名(変更のある場合)	姓(漢字)	名(漢字)	姓(カナ)	名(カナ)
家族歴	1.あり 2.なし 3.不明 発症年齢 1.父 2.母 3.子 4.同胞(男性) 5.同胞(女性) 6.祖父母(父方) 7.祖母(父方) 8.祖父(母方) 9.祖母(母方) 10.いとこ 11.その他 備考 ()			
発症年月	西暦 年 月			
生後経過	1.良好 2.要支援 3.なし 4.要介護 5.1 6.2 7.3 8.4 9.5			
移動の難さ	1.歩行困難がある 2.いづれかの関節がある 3.寝たきりである			
身の回りの管理	1.必要と認められる 2.いづれかの関節がある 3.自分でできる			
本人の苦痛	1.関節痛がある 2.いづれかの関節がある 3.行うことができない			
痛み/不快感	1.ない 2.中程度 3.ひどい			
歩行/立ち上がり	1.関節痛がある 2.中程度 3.ひどく不安がある/歩行が難しい			

■ 診断基準に関する事項

診断 1.1 2.2 3.3 4.4

A. 主訴現況

発症開始	1.良好 2.未実施 3.他科 4.他科 5.他科	年 月	
身長	cm	kg	
脈拍	回/分	回/分	
血圧(収縮期)	mmHg	mmHg	
視覚検査	1.あり 2.なし	視力	1.あり 2.なし
聴覚・嗅覚	1.あり 2.なし	聴力低下	1.あり 2.なし 3.右 4.左 5.両
感覚検査	1.あり 2.なし	痛覚減退	1.あり 2.なし 3.軽度 4.重度
筋力検査	1.あり 2.なし	筋力低下	1.あり 2.なし
呼吸	1.あり 2.なし	呼吸困難	1.あり 2.なし
消化器	1.あり 2.なし	消化器障害	1.あり 2.なし
泌尿器	1.あり 2.なし	泌尿器障害	1.あり 2.なし
循環器	1.あり 2.なし	循環器障害	1.あり 2.なし
内分泌	1.あり 2.なし	内分泌障害	1.あり 2.なし
その他	1.あり 2.なし	その他	1.あり 2.なし

B. 検査現況

1.血清尿酸値	1.あり 2.なし 3.未実施
血清尿酸値	1.あり 2.なし 3.未実施
血清尿酸値	1.あり 2.なし 3.未実施

その他の検査結果	1.あり 2.なし 3.未実施
血清尿酸値	1.あり 2.なし 3.未実施
血清尿酸値	1.あり 2.なし 3.未実施

C. 遺伝学的検査

遺伝子検査の実施	1.実施 2.未実施
検査結果	

D. 鑑別診断

以上の病名を鑑別し、全て除外できる。除外できなかった病名を記入する。	1.全て除外可 2.除外不可 3.不明
乳がん検査結果	1.あり 2.なし 3.未実施
成人発症例	1.関節痛発症性 2.他科ニューロン疾患 3.他科ニューロン疾患 4.他科ニューロン疾患 5.他科ニューロン疾患

<診断のカテゴリ>

鑑別診断: B-1またはCの遺伝子検査を認め、Dの全病名を除外できる	1.該当 2.非該当
なお、B-2,3は確定診断の参考とする	

<症状の概要、経過、特記すべき事項など>

■ 治療その他

治療の有無	1.あり 2.なし	治療結果	1.改善 2.不変 3.悪化 4.不明
実施期間(年)	開始 年 月	実施期間(年)	開始 年 月
内容	()		
発症以来	1.実施 2.未実施	発症日	西暦 年 月 日
開始	1.実施 2.未実施	開始日	西暦 年 月 日

■ 重症度分類に関する事項

ライゾーム病の重症度	以下の項目に該当する	1.該当 2.不該当 3.不明
乳がん型	1.乳がん(年齢) 2.乳がん(年齢) 3.乳がん(年齢) 4.乳がん(年齢) 5.乳がん(年齢) 6.乳がん(年齢) 7.乳がん(年齢) 8.乳がん(年齢) 9.乳がん(年齢) 10.乳がん(年齢) 11.乳がん(年齢) 12.乳がん(年齢) 13.乳がん(年齢) 14.乳がん(年齢) 15.乳がん(年齢) 16.乳がん(年齢) 17.乳がん(年齢) 18.乳がん(年齢) 19.乳がん(年齢) 20.乳がん(年齢) 21.乳がん(年齢) 22.乳がん(年齢) 23.乳がん(年齢) 24.乳がん(年齢) 25.乳がん(年齢) 26.乳がん(年齢) 27.乳がん(年齢) 28.乳がん(年齢) 29.乳がん(年齢) 30.乳がん(年齢) 31.乳がん(年齢) 32.乳がん(年齢) 33.乳がん(年齢) 34.乳がん(年齢) 35.乳がん(年齢) 36.乳がん(年齢) 37.乳がん(年齢) 38.乳がん(年齢) 39.乳がん(年齢) 40.乳がん(年齢) 41.乳がん(年齢) 42.乳がん(年齢) 43.乳がん(年齢) 44.乳がん(年齢) 45.乳がん(年齢) 46.乳がん(年齢) 47.乳がん(年齢) 48.乳がん(年齢) 49.乳がん(年齢) 50.乳がん(年齢) 51.乳がん(年齢) 52.乳がん(年齢) 53.乳がん(年齢) 54.乳がん(年齢) 55.乳がん(年齢) 56.乳がん(年齢) 57.乳がん(年齢) 58.乳がん(年齢) 59.乳がん(年齢) 60.乳がん(年齢) 61.乳がん(年齢) 62.乳がん(年齢) 63.乳がん(年齢) 64.乳がん(年齢) 65.乳がん(年齢) 66.乳がん(年齢) 67.乳がん(年齢) 68.乳がん(年齢) 69.乳がん(年齢) 70.乳がん(年齢) 71.乳がん(年齢) 72.乳がん(年齢) 73.乳がん(年齢) 74.乳がん(年齢) 75.乳がん(年齢) 76.乳がん(年齢) 77.乳がん(年齢) 78.乳がん(年齢) 79.乳がん(年齢) 80.乳がん(年齢) 81.乳がん(年齢) 82.乳がん(年齢) 83.乳がん(年齢) 84.乳がん(年齢) 85.乳がん(年齢) 86.乳がん(年齢) 87.乳がん(年齢) 88.乳がん(年齢) 89.乳がん(年齢) 90.乳がん(年齢) 91.乳がん(年齢) 92.乳がん(年齢) 93.乳がん(年齢) 94.乳がん(年齢) 95.乳がん(年齢) 96.乳がん(年齢) 97.乳がん(年齢) 98.乳がん(年齢) 99.乳がん(年齢) 100.乳がん(年齢)	
若年・成人型	1.乳がん(年齢) 2.乳がん(年齢) 3.乳がん(年齢) 4.乳がん(年齢) 5.乳がん(年齢) 6.乳がん(年齢) 7.乳がん(年齢) 8.乳がん(年齢) 9.乳がん(年齢) 10.乳がん(年齢) 11.乳がん(年齢) 12.乳がん(年齢) 13.乳がん(年齢) 14.乳がん(年齢) 15.乳がん(年齢) 16.乳がん(年齢) 17.乳がん(年齢) 18.乳がん(年齢) 19.乳がん(年齢) 20.乳がん(年齢) 21.乳がん(年齢) 22.乳がん(年齢) 23.乳がん(年齢) 24.乳がん(年齢) 25.乳がん(年齢) 26.乳がん(年齢) 27.乳がん(年齢) 28.乳がん(年齢) 29.乳がん(年齢) 30.乳がん(年齢) 31.乳がん(年齢) 32.乳がん(年齢) 33.乳がん(年齢) 34.乳がん(年齢) 35.乳がん(年齢) 36.乳がん(年齢) 37.乳がん(年齢) 38.乳がん(年齢) 39.乳がん(年齢) 40.乳がん(年齢) 41.乳がん(年齢) 42.乳がん(年齢) 43.乳がん(年齢) 44.乳がん(年齢) 45.乳がん(年齢) 46.乳がん(年齢) 47.乳がん(年齢) 48.乳がん(年齢) 49.乳がん(年齢) 50.乳がん(年齢) 51.乳がん(年齢) 52.乳がん(年齢) 53.乳がん(年齢) 54.乳がん(年齢) 55.乳がん(年齢) 56.乳がん(年齢) 57.乳がん(年齢) 58.乳がん(年齢) 59.乳がん(年齢) 60.乳がん(年齢) 61.乳がん(年齢) 62.乳がん(年齢) 63.乳がん(年齢) 64.乳がん(年齢) 65.乳がん(年齢) 66.乳がん(年齢) 67.乳がん(年齢) 68.乳がん(年齢) 69.乳がん(年齢) 70.乳がん(年齢) 71.乳がん(年齢) 72.乳がん(年齢) 73.乳がん(年齢) 74.乳がん(年齢) 75.乳がん(年齢) 76.乳がん(年齢) 77.乳がん(年齢) 78.乳がん(年齢) 79.乳がん(年齢) 80.乳がん(年齢) 81.乳がん(年齢) 82.乳がん(年齢) 83.乳がん(年齢) 84.乳がん(年齢) 85.乳がん(年齢) 86.乳がん(年齢) 87.乳がん(年齢) 88.乳がん(年齢) 89.乳がん(年齢) 90.乳がん(年齢) 91.乳がん(年齢) 92.乳がん(年齢) 93.乳がん(年齢) 94.乳がん(年齢) 95.乳がん(年齢) 96.乳がん(年齢) 97.乳がん(年齢) 98.乳がん(年齢) 99.乳がん(年齢) 100.乳がん(年齢)	

■ 人口呼吸器に関する事項(使用者のみ記入)

人口呼吸器の有無	1.あり		
使用開始	西暦 年 月	離脱の状況	1.あり 2.なし
種類	1.呼吸器補助を介した人工呼吸器 2.気管挿入人工呼吸器を介した人工呼吸器		
使用状況	1.開閉可能型 2.夜間連続的に施行 3.1日中施行 4.現在未施行		
生活状況	食事	歩行	睡眠
	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり 2.なし 3.不明
	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり 2.なし 3.不明
	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり 2.なし 3.不明
	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり 2.なし 3.不明	1.あり 2.なし 3.不明