

<診断のカテゴリー>

検査の項目: (A) 脈波ドパプフェルト・マコフワ (C) 心拍変動 (D) 自律性アリンギン (E) 自律性アリンギン・マコフワ (F) 自律性アリンギン・マコフワ (G) 自律性アリンギン・マコフワ (H) 自律性アリンギン・マコフワ (I) その他

症状の概要、経過、特記すべき事項など

■ 発症と経過

発症の経緯: 経過 (1. 進行性 2. 進行停止 3. 頓挫 4. 経過が6か月以上 5. その他) 最近の経過 (1. 治癒 2. 頓挫 3. 不変 4. 経過が変化 5. 経過が変化 6. その他)

■ 治療その他

処方薬: 処方内容 (1. 薬名 2. 剤形 3. 剤量 4. 回数 5. 日数) 処方内容 (1. 薬名 2. 剤形 3. 剤量 4. 回数 5. 日数)

■ 重症度分類に関する事項

Bartel's Index: 食事 (1. 自立 2. 補助具なしの食器使用 3. 補助具ありの食器使用 4. 介助が必要) 歩行 (1. 自立 2. 歩行補助具なし 3. 歩行補助具あり 4. 歩行不能) 上肢機能 (1. 自立 2. 歩行補助具なし 3. 歩行補助具あり 4. 歩行不能) 下肢機能 (1. 自立 2. 歩行補助具なし 3. 歩行補助具あり 4. 歩行不能) 歩行コントロール (1. 歩行なし 2. 歩行補助具あり 3. 歩行補助具なし 4. 歩行不能) 歩行コントロール (1. 歩行なし 2. 歩行補助具あり 3. 歩行補助具なし 4. 歩行不能)

■ 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: 使用の有無 (1. あり) 使用の有無 (1. あり) 使用の有無 (1. あり) 使用の有無 (1. あり) 使用の有無 (1. あり)

医療機関情報: 医療機関名 医療機関所在地 医師の氏名 電話番号

病名(診断) 発症の経緯 経過 治療その他

重症度分類に関する事項

人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

024 垂直性硬化性全盲炎

□新規 □更新

■ 基本情報

患者情報: 連絡先 (1. 氏名 2. 性別 3. 年齢) 出生年月日 (1. 年 2. 月 3. 日) 出生地 (1. 国 2. 県 3. 市) 家族歴 (1. あり 2. なし 3. 不明) 発症年月 (1. 年 2. 月 3. 日) 発症場所 (1. 自宅 2. 職場 3. その他) 発症原因 (1. 不明 2. 不明 3. 不明) 発症経過 (1. 進行性 2. 進行停止 3. 頓挫 4. その他)

■ 診断基準に関する事項

A. 主要所見 (1. 自然発症、急性進行、ミオクロス、眼痛、失明の出現) B. 検査所見 (1. 視力検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 2. 視野検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 3. 眼底検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 4. 視覚誘発性脳電図 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 5. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 6. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 7. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 8. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 9. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 10. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 11. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 12. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 13. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 14. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 15. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 16. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 17. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 18. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 19. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 20. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 21. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 22. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 23. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 24. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 25. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 26. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 27. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 28. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 29. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 30. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 31. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 32. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 33. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 34. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 35. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 36. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 37. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 38. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 39. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 40. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 41. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 42. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 43. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 44. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 45. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 46. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 47. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 48. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 49. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 50. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 51. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 52. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 53. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 54. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 55. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 56. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 57. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 58. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 59. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 60. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 61. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 62. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 63. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 64. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 65. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 66. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 67. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 68. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 69. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 70. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 71. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 72. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 73. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 74. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 75. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 76. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 77. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 78. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 79. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 80. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 81. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 82. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 83. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 84. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 85. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 86. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 87. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 88. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 89. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 90. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 91. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 92. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 93. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 94. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 95. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 96. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 97. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 98. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 99. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明) 100. 視覚覚醒検査 (1. 正常 2. 未定 3. 不明)

■ 鑑別診断

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。除外できない場合は記入する。 (1. 全て除外可 2. 除外不可 3. 不明)

<診断のカテゴリー>

検査項目: (A) 脈波ドパプフェルト・マコフワ (C) 心拍変動 (D) 自律性アリンギン (E) 自律性アリンギン・マコフワ (F) 自律性アリンギン・マコフワ (G) 自律性アリンギン・マコフワ (H) 自律性アリンギン・マコフワ (I) その他

症状の概要、経過、特記すべき事項など

■ 発症と経過

発症の経緯: 経過 (1. 進行性 2. 進行停止 3. 頓挫 4. その他) 最近の経過 (1. 治癒 2. 頓挫 3. 不変 4. 経過が変化 5. 経過が変化 6. その他)

■ 治療その他

処方薬: 処方内容 (1. 薬名 2. 剤形 3. 剤量 4. 回数 5. 日数) 処方内容 (1. 薬名 2. 剤形 3. 剤量 4. 回数 5. 日数)

■ 重症度分類に関する事項

Bartel's Index: 食事 (1. 自立 2. 補助具なしの食器使用 3. 補助具ありの食器使用 4. 介助が必要) 歩行 (1. 自立 2. 歩行補助具なし 3. 歩行補助具あり 4. 歩行不能) 上肢機能 (1. 自立 2. 歩行補助具なし 3. 歩行補助具あり 4. 歩行不能) 下肢機能 (1. 自立 2. 歩行補助具なし 3. 歩行補助具あり 4. 歩行不能) 歩行コントロール (1. 歩行なし 2. 歩行補助具あり 3. 歩行補助具なし 4. 歩行不能) 歩行コントロール (1. 歩行なし 2. 歩行補助具あり 3. 歩行補助具なし 4. 歩行不能)

■ 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: 使用の有無 (1. あり) 使用の有無 (1. あり) 使用の有無 (1. あり) 使用の有無 (1. あり) 使用の有無 (1. あり)

写真状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	両手足とペッド間の移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
姿勢	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 不可能	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
排泄管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 不可能	言葉文	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
調理(ハンダーロー)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	調理(ハンダーロー)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	

氏名
〒 市 区 町 丁目 番 号 号

氏名
〒 市 区 町 丁目 番 号 号

氏名
印 記載年月日：平成 年 月 日 自治筆または捺印のこと

・病名診断に際し、病名診断に必要となる検査結果を記載し、診断結果に同意する旨を記載し、1ヶ月以内の経過観察を行うこととする。

・この診断書は、医師の診断書として、医師の署名と捺印を必要とする。また、医師の署名と捺印を必要とする。また、医師の署名と捺印を必要とする。

・この診断書は、医師の診断書として、医師の署名と捺印を必要とする。また、医師の署名と捺印を必要とする。また、医師の署名と捺印を必要とする。

・この診断書は、医師の診断書として、医師の署名と捺印を必要とする。また、医師の署名と捺印を必要とする。また、医師の署名と捺印を必要とする。

新規 更新

025 進行性多変性白質脳症

■ 基本情報

受診者番号

姓(漢字) 名(漢字) 姓(かな) 名(かな)

別居番号 住所

生年月日 西暦 年 月 日 性別 1.男 2.女

出生年月町村

出生時氏名(変更のある場合) 姓(漢字) 名(漢字) 姓(かな) 名(かな)

家族歴

兄弟姉妹 1.あり 2.なし 3.不明
兄弟姉妹(父方) 1.あり 2.なし 3.不明
兄弟姉妹(母方) 1.あり 2.なし 3.不明
兄弟姉妹(父方) 1.あり 2.なし 3.不明
兄弟姉妹(母方) 1.あり 2.なし 3.不明
兄弟姉妹(父方) 1.あり 2.なし 3.不明
兄弟姉妹(母方) 1.あり 2.なし 3.不明

発症年月

社会保険 介護認定

生活状況

身体的障害

知的障害

ふだんの活動

痛み/不快感

不安/ふさぎ感

■ 診断基準に関する事項

A. 主要所見

1. 成人発症の進行性多変性白質脳症 1. 該当 2. 非該当 3. 不明

2. MRIで白質に高信号を有する病変が、多発性・多発性・多発性 1. 該当 2. 非該当 3. 不明

3. 白質病変をきたす病態を臨床的に除外できる 1. 該当 2. 非該当 3. 不明

4. 脳脊髄液PCRでJCV DNA陽性 1. 該当 2. 非該当 3. 不明

5. 病変をきたす病態を臨床的に除外できる 1. 該当 2. 非該当 3. 不明

B. 診断・検査所見

病状経過(診断) 診断日(西暦) 年 月 日

診断結果

視力 1. 正常ないし軽度の低下 2. 両眼性視覚障害

聴覚 1. 正常 2. 一側性聴覚障害 3. 両側性聴覚障害

歩行障害 1. 正常ないし軽度の低下 2. 片側性中重度障害 3. 両側性中重度障害

運動障害

上肢: 左側 1. 正常 2. 軽度障害 3. 中等度障害 4. 高度障害 5. 麻痺ないし全く運動不能

上肢: 右側 1. 正常 2. 軽度障害 3. 中等度障害 4. 高度障害 5. 麻痺ないし全く運動不能

下肢: 左側 1. 正常 2. 軽度障害 3. 中等度障害 4. 高度障害 5. 麻痺ないし全く運動不能

下肢: 右側 1. 正常 2. 軽度障害 3. 中等度障害 4. 高度障害 5. 麻痺ないし全く運動不能

歩行 1. 正常ないし軽度障害 2. 中等度障害 3. 高度障害 4. 麻痺ないし全く運動不能

協調運動

左上肢 1. 正常 2. 軽度障害 3. 中等度障害 4. 能力のため評価不能

左下肢 1. 正常 2. 軽度障害 3. 中等度障害 4. 能力のため評価不能

右上肢 1. 正常 2. 軽度障害 3. 中等度障害 4. 能力のため評価不能

右下肢 1. 正常 2. 軽度障害 3. 中等度障害 4. 能力のため評価不能

検査

検査結果

検査結果

検査結果

検査結果

C. ウイルス遺伝子検査 (該当する項目に☑を記入する)

検査結果 JCV-INA PCR 検査の実施 実施日(西暦) 年 月 日 1. 実施 2. 非実施

☐ 1. 陽性 ☐ 2. 陰性 ☐ 3. その他 コピー数 _____ その他の結果 ()

D. 診断基準 (診断)

1. 成人発症の進行性多変性白質脳症を認める。 1. 全て該当可 2. 全て不可 3. 不明

2. MRIで白質に高信号を有する病変が、多発性・多発性・多発性を認める。 ☐ 1. 全て該当可 ☐ 2. 全て不可 ☐ 3. 不明

3. 白質病変をきたす病態を臨床的に除外できる。 ☐ 1. 全て該当可 ☐ 2. 全て不可 ☐ 3. 不明

4. 脳脊髄液PCRでJCV DNA陽性を認める。 ☐ 1. 全て該当可 ☐ 2. 全て不可 ☐ 3. 不明

5. 病変をきたす病態を臨床的に除外できる。 ☐ 1. 全て該当可 ☐ 2. 全て不可 ☐ 3. 不明

〈診断のカテゴリ〉 (該当する項目に☑を記入する)

☐ Definite PM (進行性多変性白質脳症): A-5に該当

☐ Probable PM: A-1, 2, 3, 4すべて該当

☐ Possible PM: A-1, 2, 3すべて該当

☐ Unlikely PM: 該当しない。

症状の概要、経過、特記すべき事項など

■ 発症と経過

初発症状 (病期) ()

再発症状 (病期) ()

基礎疾患 ()

経過

これまでの経過 1. 進行性 2. 進行性 3. 軽快 4. その他

現在の病勢 1. 急激に悪化 2. 徐々に悪化 3. 不変 4. 軽快 5. 治癒 6. その他

■ 治療その他

治療効果

治療効果

治療効果

治療効果

家族性アミロイドニューロマー

検査項目と結果の対応表。1.該当 2.非該当

症状の概要、経過、特記すべき事項など

■ 治療その他

治療法に関するチェックリスト。1.あり 2.なし 3.不明

■ 重症度分類に関する事項

アミロイドーシスの重症度分類に関する説明と判定基準

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

人工呼吸器の使用に関する詳細情報

医療機関に関する情報入力欄

※ 申請書に提出する際には、医療機関に提出する内容とは異なる場合があります。

□ 新規 □ 更新

029 ウルリッヒ病

■ 基本情報

患者の基本情報に関する入力欄

■ 診断基準に関する事項

診断に関する事項

A. 主訴

主訴に関する詳細情報

B. 検査所見 (該当する項目に◎を記入する)

検査所見に関する入力欄

C. 遺伝子検査 (該当する項目に◎を記入する)

遺伝子検査に関する入力欄

D. 薬歴

薬歴に関する入力欄

<診断のカテゴリー>

診断カテゴリーに関する入力欄

<症状の概要、経過、特記すべき事項など>

症状の概要に関する入力欄

■ 発症と経過

発症と経過に関する入力欄

■ 治療その他

治療	1.薬治療 2.栄養療法 3.呼吸療法 4.呼吸器療法 5.呼吸器理学療法 6.中心呼吸療法 7.運動療法 8.行動療法 9.人工呼吸療法 10.その他
----	--

■ 重症化予防に関する事項

項目	評価
食事	1.自立、咀嚼能力の低下が、口腔内への食入を妨げる(10点) 2.部分介助(5点) 3.全介助(0点)
呼吸器管理	1.自立、ブリーチ、フットレストの操作も可能(15点) 2.呼吸器部分介助が必要な状態(10点) 3.呼吸器管理が困難な状態(5点) 4.全介助(0点)
嚥下	1.自立(嚥下の動作、食料を口へ、アークアップ動作など)も可能(10点) 2.部分介助(5点) 3.全介助(0点)
トイレ動作	1.自立(尿意の感知、姿勢をとり、アークアップ動作など)も可能(10点) 2.部分介助(5点) 3.全介助(0点)
入浴	1.自立(5点) 2.部分介助(0点)
歩行	1.5m以上の歩行、歩行器具(杖、歩行器等)の使用も可能(15点) 2.5m以上の歩行、歩行器具の使用も可能(10点) 3.歩行器具の使用も可能(5点) 4.全介助(0点)
排泄管理	1.自立、手すりなどの使用も可能(10点) 2.介助または監視を要する(5点) 3.不能(0点)
着替え	1.自立、靴、アックス、衣類の着脱も可能(10点) 2.部分介助、排便の時、手洗いは自分でできる(5点) 3.全介助(0点)
排便コントロール	1.自立、排便、排便の取り扱いは可能(10点) 2.ときに手援助、排便の取り扱いは介助を要する(5点) 3.全介助(0点)
排尿コントロール	1.自立、排尿の取り扱いは可能(10点) 2.ときに手援助、排尿の取り扱いは介助を要する(5点) 3.全介助(0点)
合計点数	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																				
開始時期	西暦 年 月 日																				
理由	1.気管切開を介した人工呼吸 2.経鼻カテーテルによる人工呼吸																				
使用状況	1.常時使用 2.起床時・移動時 3.一部使用 4.使用しない																				
生活状況	<table border="0"> <tr> <td>食事</td> <td><input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>部分介助 <input type="checkbox"/>全介助</td> <td>歩行</td> <td><input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>部分介助 <input type="checkbox"/>全介助</td> </tr> <tr> <td>排便</td> <td><input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>部分介助 <input type="checkbox"/>全介助</td> <td>トイレ動作</td> <td><input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>部分介助 <input type="checkbox"/>全介助</td> </tr> <tr> <td>入浴</td> <td><input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>部分介助 <input type="checkbox"/>全介助</td> <td>歩行</td> <td><input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>部分介助 <input type="checkbox"/>全介助</td> </tr> <tr> <td>着替え</td> <td><input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>部分介助 <input type="checkbox"/>全介助</td> <td>排泄</td> <td><input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>部分介助 <input type="checkbox"/>全介助</td> </tr> <tr> <td>排便コントロール</td> <td><input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>部分介助 <input type="checkbox"/>全介助</td> <td>排尿コントロール</td> <td><input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>部分介助 <input type="checkbox"/>全介助</td> </tr> </table>	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	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 <input type="checkbox"/> 全介助	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	着替え	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	排泄	<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
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助																		
排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	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 <input type="checkbox"/> 全介助	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助																		
着替え	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	排泄	<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																		

医師氏名	診療科
医師所属施設	電話番号
医師の氏名	印 記載年月日、平成 年 月 日 項目または診断の項目

※医師の氏名、診療科、所属施設、電話番号、印、記載年月日、平成 年 月 日 項目または診断の項目を必ず記入してください。
 ※医師の氏名、診療科、所属施設、電話番号、印、記載年月日、平成 年 月 日 項目または診断の項目を必ず記入してください。
 ※医師の氏名、診療科、所属施設、電話番号、印、記載年月日、平成 年 月 日 項目または診断の項目を必ず記入してください。

新規 更新

000 通気型オパシー

受診者番号	氏名	性別	年齢
住所	〒	市	区
生年月日	西暦 年 月 日	性別	1.男 2.女
出生地(国)	西暦 年 月 日	性別	1.男 2.女
家族構成	1.あり 2.なし 3.不明 同居の家族 1.父 2.母 3.子 4.同居(男性) 5.同居(女性) 6.祖父(父方) 7.祖母(父方) 8.祖父(母方) 9.祖母(母方) 10.その他 11.その他 12.その他		
現在の居住地	西暦 年 月 日	性別	1.男 2.女
現在の職業	1.専業主婦 2.専業主夫 3.無職 4.その他		
現在の生活状況	1.歩行が困難(1) 2.歩行が困難(2) 3.歩行が困難(3) 4.歩行が困難(4) 5.歩行が困難(5) 6.歩行が困難(6) 7.歩行が困難(7) 8.歩行が困難(8) 9.歩行が困難(9) 10.歩行が困難(10) 11.歩行が困難(11) 12.歩行が困難(12)		

■ 診断基準に関する事項

1.三好型オパシー 2.片取り型を伴う通気型オパシー (DIVER/GNE myopathy) 3.眼瞼閉鎖型オパシー 4.その他の通気型オパシー	
診断の時期	1.通気型診断 2.片取り型 3.眼瞼閉鎖型 4.その他

A. 主要所見

1.筋力低下	1.歩行困難(1) 2.歩行困難(2) 3.歩行困難(3) 4.歩行困難(4) 5.歩行困難(5) 6.歩行困難(6) 7.歩行困難(7) 8.歩行困難(8) 9.歩行困難(9) 10.歩行困難(10) 11.歩行困難(11) 12.歩行困難(12)
2.歩行困難	1.歩行困難(1) 2.歩行困難(2) 3.歩行困難(3) 4.歩行困難(4) 5.歩行困難(5) 6.歩行困難(6) 7.歩行困難(7) 8.歩行困難(8) 9.歩行困難(9) 10.歩行困難(10) 11.歩行困難(11) 12.歩行困難(12)
3.歩行困難	1.歩行困難(1) 2.歩行困難(2) 3.歩行困難(3) 4.歩行困難(4) 5.歩行困難(5) 6.歩行困難(6) 7.歩行困難(7) 8.歩行困難(8) 9.歩行困難(9) 10.歩行困難(10) 11.歩行困難(11) 12.歩行困難(12)
4.歩行困難	1.歩行困難(1) 2.歩行困難(2) 3.歩行困難(3) 4.歩行困難(4) 5.歩行困難(5) 6.歩行困難(6) 7.歩行困難(7) 8.歩行困難(8) 9.歩行困難(9) 10.歩行困難(10) 11.歩行困難(11) 12.歩行困難(12)

B. 検査所見

1.血液検査 (クレアチニン値) 値	1.正常 2.軽度 3.重症 測定日 西暦 年 月 日
2.骨格筋生検	1.正常 2.軽度 3.重症
3.遺伝子検査	1.正常 2.軽度 3.重症
4.神経筋伝導検査	1.正常 2.軽度 3.重症

前開閉性化の有無	1.あり 2.なし 3.未検	前開閉性化の有無	1.あり 2.なし 3.未検
前開閉性化の有無	1.あり 2.なし 3.未検	前開閉性化の有無	1.あり 2.なし 3.未検
呼吸機能	1.正常 2.未検 検査日 西暦 年 月 日	呼吸機能	1.正常 2.未検 検査日 西暦 年 月 日
心機能	1.正常 2.未検 検査日 西暦 年 月 日	心機能	1.正常 2.未検 検査日 西暦 年 月 日

C. 通気型検査 (該当する項目にのみ記入する)

1.気管切開の有無	1.あり 2.なし 3.不明 2.常態合併症の有無	1.該当 2.該当 3.該当
3.通気型検査の有無	1.実施 2.未実施	
4.通気型検査の結果	1.正常 2.軽度 3.重症	

D. 診断

1.全ての項目を満足し、全て除外できる。 2.全ての項目を満足し、全て除外できない。 3.全ての項目を満足し、全て除外できない。 4.全ての項目を満足し、全て除外できない。 5.全ての項目を満足し、全て除外できない。 6.全ての項目を満足し、全て除外できない。 7.全ての項目を満足し、全て除外できない。 8.全ての項目を満足し、全て除外できない。 9.全ての項目を満足し、全て除外できない。 10.全ての項目を満足し、全て除外できない。 11.全ての項目を満足し、全て除外できない。 12.全ての項目を満足し、全て除外できない。 13.全ての項目を満足し、全て除外できない。 14.全ての項目を満足し、全て除外できない。 15.全ての項目を満足し、全て除外できない。 16.全ての項目を満足し、全て除外できない。 17.全ての項目を満足し、全て除外できない。 18.全ての項目を満足し、全て除外できない。 19.全ての項目を満足し、全て除外できない。 20.全ての項目を満足し、全て除外できない。 21.全ての項目を満足し、全て除外できない。 22.全ての項目を満足し、全て除外できない。 23.全ての項目を満足し、全て除外できない。 24.全ての項目を満足し、全て除外できない。 25.全ての項目を満足し、全て除外できない。 26.全ての項目を満足し、全て除外できない。 27.全ての項目を満足し、全て除外できない。 28.全ての項目を満足し、全て除外できない。 29.全ての項目を満足し、全て除外できない。 30.全ての項目を満足し、全て除外できない。 31.全ての項目を満足し、全て除外できない。 32.全ての項目を満足し、全て除外できない。 33.全ての項目を満足し、全て除外できない。 34.全ての項目を満足し、全て除外できない。 35.全ての項目を満足し、全て除外できない。 36.全ての項目を満足し、全て除外できない。 37.全ての項目を満足し、全て除外できない。 38.全ての項目を満足し、全て除外できない。 39.全ての項目を満足し、全て除外できない。 40.全ての項目を満足し、全て除外できない。 41.全ての項目を満足し、全て除外できない。 42.全ての項目を満足し、全て除外できない。 43.全ての項目を満足し、全て除外できない。 44.全ての項目を満足し、全て除外できない。 45.全ての項目を満足し、全て除外できない。 46.全ての項目を満足し、全て除外できない。 47.全ての項目を満足し、全て除外できない。 48.全ての項目を満足し、全て除外できない。 49.全ての項目を満足し、全て除外できない。 50.全ての項目を満足し、全て除外できない。 51.全ての項目を満足し、全て除外できない。 52.全ての項目を満足し、全て除外できない。 53.全ての項目を満足し、全て除外できない。 54.全ての項目を満足し、全て除外できない。 55.全ての項目を満足し、全て除外できない。 56.全ての項目を満足し、全て除外できない。 57.全ての項目を満足し、全て除外できない。 58.全ての項目を満足し、全て除外できない。 59.全ての項目を満足し、全て除外できない。 60.全ての項目を満足し、全て除外できない。 61.全ての項目を満足し、全て除外できない。 62.全ての項目を満足し、全て除外できない。 63.全ての項目を満足し、全て除外できない。 64.全ての項目を満足し、全て除外できない。 65.全ての項目を満足し、全て除外できない。 66.全ての項目を満足し、全て除外できない。 67.全ての項目を満足し、全て除外できない。 68.全ての項目を満足し、全て除外できない。 69.全ての項目を満足し、全て除外できない。 70.全ての項目を満足し、全て除外できない。 71.全ての項目を満足し、全て除外できない。 72.全ての項目を満足し、全て除外できない。 73.全ての項目を満足し、全て除外できない。 74.全ての項目を満足し、全て除外できない。 75.全ての項目を満足し、全て除外できない。 76.全ての項目を満足し、全て除外できない。 77.全ての項目を満足し、全て除外できない。 78.全ての項目を満足し、全て除外できない。 79.全ての項目を満足し、全て除外できない。 80.全ての項目を満足し、全て除外できない。 81.全ての項目を満足し、全て除外できない。 82.全ての項目を満足し、全て除外できない。 83.全ての項目を満足し、全て除外できない。 84.全ての項目を満足し、全て除外できない。 85.全ての項目を満足し、全て除外できない。 86.全ての項目を満足し、全て除外できない。 87.全ての項目を満足し、全て除外できない。 88.全ての項目を満足し、全て除外できない。 89.全ての項目を満足し、全て除外できない。 90.全ての項目を満足し、全て除外できない。 91.全ての項目を満足し、全て除外できない。 92.全ての項目を満足し、全て除外できない。 93.全ての項目を満足し、全て除外できない。 94.全ての項目を満足し、全て除外できない。 95.全ての項目を満足し、全て除外できない。 96.全ての項目を満足し、全て除外できない。 97.全ての項目を満足し、全て除外できない。 98.全ての項目を満足し、全て除外できない。 99.全ての項目を満足し、全て除外できない。 100.全ての項目を満足し、全て除外できない。
--

<診断の Kategorii> (該当する項目を選択する)

1.三好型オパシー	1.該当 2.非該当
2.片取り型を伴う通気型オパシー	1.該当 2.非該当
3.眼瞼閉鎖型オパシー	1.該当 2.非該当

(2) 片取り型を伴う通気型オパシー

1.片取り型を伴う通気型オパシー	1.該当 2.非該当
2.片取り型を伴う通気型オパシー	1.該当 2.非該当

(3) 眼瞼閉鎖型オパシー

1.眼瞼閉鎖型オパシー	1.該当 2.非該当
2.眼瞼閉鎖型オパシー	1.該当 2.非該当

(4) その他の通気型オパシー

1.その他の通気型オパシー	1.該当 2.非該当
2.その他の通気型オパシー	1.該当 2.非該当

症状の経過、経過、報告すべき事項など

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

■ 禁忌と経過 (新規)

禁忌事項 (医師診断可)	1. 食が下がる 2. 食がとれない 3. 食の量が減る 4. 食がたまりにくい 5. 吐き気がする 6. つまづき 7. つまづき 8. つまづき 9. つまづき 10. つまづき 11. つまづき 12. つまづき 13. つまづき 14. つまづき 15. つまづき 16. つまづき 17. つまづき 18. つまづき 19. つまづき 20. つまづき
禁忌事項 (医師診断不可)	1. 食が下がる 2. 食がとれない 3. 食の量が減る 4. 食がたまりにくい 5. 吐き気がする 6. つまづき 7. つまづき 8. つまづき 9. つまづき 10. つまづき 11. つまづき 12. つまづき 13. つまづき 14. つまづき 15. つまづき 16. つまづき 17. つまづき 18. つまづき 19. つまづき 20. つまづき

■ 重症度分類に関する事項

Burteil Index	食事	車いす/ハンドレド	移動	トイレ動作	入浴	歩行	認知機能	言葉	排泄コントロール	歩行コントロール	合計点	
1. 自立、自覚などの異常可、標準的範囲に食-摂える (1.0点) 2. 部分介助 (たこえ、おがけを切って渡す) (5.0点) 3. 全介助 (0.0点)	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) (1.5点) 2. 軽度の部分介助または監視を要する (1.0点) 3. 乗ることは可能であるが全介助 (5.0点) 4. 全介助または不可能 (0.0点)	1. 自立 (5.0点) 2. 部分介助または不可能 (0.0点)	1. 自立 (5.0点) 2. 部分介助または不可能 (0.0点)	1. 自立、自覚などの異常可、標準的範囲に食-摂える (1.0点) 2. 介助または監視を要する (5.0点) 3. 不能 (0.0点)	1. 自立、靴、フラスター、器具の着脱を含む (1.0点) 2. 部分介助、標準的な手順内、半分は自分でできる (5.0点) 3. 上記以外 (0.0点)	1. 自立 (5.0点) 2. 部分介助または不可能 (0.0点)	1. 自立、自覚などの異常可、標準的範囲に食-摂える (1.0点) 2. 介助または監視を要する (5.0点) 3. 不能 (0.0点)	1. 自立、靴、フラスター、器具の着脱を含む (1.0点) 2. 部分介助、標準的な手順内、半分は自分でできる (5.0点) 3. 上記以外 (0.0点)	1. 自立 (5.0点) 2. 部分介助または不可能 (0.0点)	1. 自立、自覚などの異常可、標準的範囲に食-摂える (1.0点) 2. 介助または監視を要する (5.0点) 3. 不能 (0.0点)	1. 自立 (5.0点) 2. 部分介助または不可能 (0.0点)	1. 自立 (5.0点) 2. 部分介助または不可能 (0.0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
開始時期	西暦 年 月 日 原因が記入済み 1. あり 2. なし
種類	1. 気管挿入口を介した人工呼吸器 2. 経マウスケットを介した人工呼吸器
実行状況	1. 間欠的実行 2. 持続的(常時)実行 3. その他 (説明欄に記入)
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"/> 降子とベットの移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 車いす <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助/不可能 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 認知機能 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 不能 <input type="checkbox"/> 言葉 <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 <input type="checkbox"/> 歩行コントロール <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助

医師の氏名 _____ 電話番号 _____

医師の住所 _____

医師の氏名 _____ 印 _____ 西暦年 月 日 平成 年 月 日 自立または常時のこと

※医師の氏名、住所、電話番号は、必ず正確に記入してください。医師の氏名は、医師の氏名を記入してください。医師の住所は、医師の住所を記入してください。医師の電話番号は、医師の電話番号を記入してください。

031 ベスレムミオパター

新規 更新

■ 基本情報

受診者番号					
姓(漢字)	名(漢字)	姓(かな)	名(かな)	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					
出生地(市町村)	姓(かな)	名(かな)	姓(かな)	名(かな)	
学歴	1. あり 2. なし 3. 不明 4. 短大(文系) 5. 短大(理系) 6. 短大(工学) 7. 短大(農学) 8. 短大(看護) 9. 短大(音楽) 10. その他 () 11. その他 ()				
婚姻状況	1. 未婚 2. 既婚 ()				
社会保険	介護認定	1. 要介護 2. 要支援 3. なし	要介護度	1. 2. 3. 4. 5.	
移動能力	1. 歩行困難 2. 歩行可能 3. 歩行困難				
歩行能力	1. 歩行困難 2. 歩行可能 3. 歩行困難				
歩行補助具	1. 歩行困難 2. 歩行可能 3. 歩行困難				
歩行補助具	1. 歩行困難 2. 歩行可能 3. 歩行困難				
歩行補助具	1. 歩行困難 2. 歩行可能 3. 歩行困難				

■ 診断基準に関する事項

診断の程度 1. 重症 2. 中重症 3. 軽症 4. その他

A. 主要所見

1. 歩行能力	右 leg 左 leg デンタル線力にて測定可能な場合、測定可能な leg
2. 歩行能力	右 leg 左 leg デンタル線力にて測定可能な場合、測定可能な leg
3. 歩行能力	右 leg 左 leg デンタル線力にて測定可能な場合、測定可能な leg
4. 歩行能力	右 leg 左 leg デンタル線力にて測定可能な場合、測定可能な leg
5. 歩行能力	右 leg 左 leg デンタル線力にて測定可能な場合、測定可能な leg
6. 歩行能力	右 leg 左 leg デンタル線力にて測定可能な場合、測定可能な leg
7. 歩行能力	右 leg 左 leg デンタル線力にて測定可能な場合、測定可能な leg
8. 歩行能力	右 leg 左 leg デンタル線力にて測定可能な場合、測定可能な leg
9. 歩行能力	右 leg 左 leg デンタル線力にて測定可能な場合、測定可能な leg
10. 歩行能力	右 leg 左 leg デンタル線力にて測定可能な場合、測定可能な leg
11. 歩行能力	右 leg 左 leg デンタル線力にて測定可能な場合、測定可能な leg
12. 歩行能力	右 leg 左 leg デンタル線力にて測定可能な場合、測定可能な leg
13. 歩行能力	右 leg 左 leg デンタル線力にて測定可能な場合、測定可能な leg
14. 歩行能力	右 leg 左 leg デンタル線力にて測定可能な場合、測定可能な leg
15. 歩行能力	右 leg 左 leg デンタル線力にて測定可能な場合、測定可能な leg
16. 歩行能力	右 leg 左 leg デンタル線力にて測定可能な場合、測定可能な leg
17. 歩行能力	右 leg 左 leg デンタル線力にて測定可能な場合、測定可能な leg
18. 歩行能力	右 leg 左 leg デンタル線力にて測定可能な場合、測定可能な leg
19. 歩行能力	右 leg 左 leg デンタル線力にて測定可能な場合、測定可能な leg
20. 歩行能力	右 leg 左 leg デンタル線力にて測定可能な場合、測定可能な leg

B. 検査所見

1. 血液検査	1. 正常 2. 異常 3. 異常 ()
2. 尿検査	1. 正常 2. 異常 3. 異常 ()
3. 尿検査	1. 正常 2. 異常 3. 異常 ()
4. 尿検査	1. 正常 2. 異常 3. 異常 ()
5. 尿検査	1. 正常 2. 異常 3. 異常 ()
6. 尿検査	1. 正常 2. 異常 3. 異常 ()
7. 尿検査	1. 正常 2. 異常 3. 異常 ()
8. 尿検査	1. 正常 2. 異常 3. 異常 ()
9. 尿検査	1. 正常 2. 異常 3. 異常 ()
10. 尿検査	1. 正常 2. 異常 3. 異常 ()
11. 尿検査	1. 正常 2. 異常 3. 異常 ()
12. 尿検査	1. 正常 2. 異常 3. 異常 ()
13. 尿検査	1. 正常 2. 異常 3. 異常 ()
14. 尿検査	1. 正常 2. 異常 3. 異常 ()
15. 尿検査	1. 正常 2. 異常 3. 異常 ()
16. 尿検査	1. 正常 2. 異常 3. 異常 ()
17. 尿検査	1. 正常 2. 異常 3. 異常 ()
18. 尿検査	1. 正常 2. 異常 3. 異常 ()
19. 尿検査	1. 正常 2. 異常 3. 異常 ()
20. 尿検査	1. 正常 2. 異常 3. 異常 ()

呼吸機能	検査結果	1. 正常 2. 未実施 検査日 西暦 年 月 日
心機能	検査結果	1. 正常 2. 未実施 検査日 西暦 年 月 日
歩行機能	検査結果	1. 正常 2. 未実施 検査日 西暦 年 月 日

C. 進行性検査 (該当する項目に印を記入する)

1. 正常 2. 未実施 3. 不明 4. 異常 5. 不明

検査結果

1. 正常 2. 未実施 3. 不明 4. 異常 5. 不明

D. 診断

1. 正常 2. 未実施 3. 不明 4. 異常 5. 不明

検査結果

1. 正常 2. 未実施 3. 不明 4. 異常 5. 不明

<診断のカテゴリー>

検査結果

1. 正常 2. 未実施 3. 不明 4. 異常 5. 不明

症状の観察、経過、特記すべき事項など

検査結果

1. 正常 2. 未実施 3. 不明 4. 異常 5. 不明

■ 禁忌と経過

禁忌事項 (医師診断可)	1. 食が下がる 2. 食がとれない 3. 食の量が減る 4. 食がたまりにくい 5. 吐き気がする 6. つまづき 7. つまづき 8. つまづき 9. つまづき 10. つまづき 11. つまづき 12. つまづき 13. つまづき 14. つまづき 15. つまづき 16. つまづき 17. つまづき 18. つまづき 19. つまづき 20. つまづき
禁忌事項 (医師診断不可)	1. 食が下がる 2. 食がとれない 3. 食の量が減る 4. 食がたまりにくい 5. 吐き気がする 6. つまづき 7. つまづき 8. つまづき 9. つまづき 10. つまづき 11. つまづき 12. つまづき 13. つまづき 14. つまづき 15. つまづき 16. つまづき 17. つまづき 18. つまづき 19. つまづき 20. つまづき

■ 重症度分類に関する事項

Burteil Index	食事	車いす/ハンドレド	移動	トイレ動作	入浴	歩行	認知機能	言葉	排泄コントロール	歩行コントロール	合計点
1. 自立、自覚などの異常可、標準的範囲に食-摂える (1.0点) 2. 部分介助 (たこえ、おがけを切って渡す) (5.0点) 3. 全介助 (0.0点)	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) (1.5点) 2. 軽度の部分介助または監視を要する (1.0点) 3. 乗ることは可能であるが全介助 (5.0点) 4. 全介助または不可能 (0.0点)	1. 自立 (5.0点) 2. 部分介助または不可能 (0.0点)	1. 自立 (5.0点) 2. 部分介助または不可能 (0.0点)	1. 自立、自覚などの異常可、標準的範囲に食-摂える (1.0点) 2. 介助または監視を要する (5.0点) 3. 不能 (0.0点)	1. 自立、靴、フラスター、器具の着脱を含む (1.0点) 2. 部分介助、標準的な手順内、半分は自分でできる (5.0点) 3. 上記以外 (0.0点)	1. 自立 (5.0点) 2. 部分介助または不可能 (0.0点)	1. 自立、自覚などの異常可、標準的範囲に食-摂える (1.0点) 2. 介助または監視を要する (5.0点) 3. 不能 (0.0点)	1. 自立、靴、フラスター、器具の着脱を含む (1.0点) 2. 部分介助、標準的な手順内、半分は自分でできる (5.0点) 3. 上記以外 (0.0点)	1. 自立 (5.0点) 2. 部分介助または不可能 (0.0点)	1. 自立、自覚などの異常可、標準的範囲に食-摂える (1.0点) 2. 介助または監視を要する (5.0点) 3. 不能 (0.0点)	1. 自立 (5.0点) 2. 部分介助または不可能 (0.0点)

情報コントロール	L. 欠陥なし、脆弱、侵害の取り扱える可能 (10点) 2. ときに脆弱あり、脆弱、侵害の取り扱える必要者も含む (5点) 3. ときに脆弱あり (0点)
情報コントロール	L. 脆弱なし、脆弱性の取り扱える可能 (10点) 2. ときに脆弱あり、脆弱性の取り扱える必要者も含む (5点) 3. ときに脆弱あり (0点)
合計スコア	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		
開始時期	西暦 年 月 日	開始の理由	1. あり 2. なし
種類	1. 気道挿入型 (経口または経鼻) 2. 非挿入型 (経鼻または経口)		
使用状況	1. 常時使用 2. 必要時のみ使用 3. その他	4. その他	
生じた状況	作声 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 嚥下 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助/不可能 入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助/不可能 排泄管理 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 介助 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	医師とヘルパー間の移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 トイレ動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 応答 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 着替え <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 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	

医師の氏名 _____ 科 _____ 番 _____

医師の職名 _____ 番 _____

医師の氏名 _____ 印 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 委嘱事項は変更あり

※ 医師の氏名・職名・印・印字は、医師の氏名・職名・印・印字の欄に記入してください。
 ※ 医師の氏名・職名・印・印字は、医師の氏名・職名・印・印字の欄に記入してください。
 ※ 医師の氏名・職名・印・印字は、医師の氏名・職名・印・印字の欄に記入してください。

032 自己食育活動性評価シート

■ 基本情報

受診者番号 _____ 性別 _____ 年齢 _____

住所 _____

生年月日 _____ 性別 _____

家族歴 _____

生活習慣 _____

生じた状況 _____

■ 診断基準に関する事項

診断 _____

診断の根拠 _____

A. 症状 _____

B. 検査所見 _____

血液検査 _____

胸部レントゲン _____

心臓病	狭心症 _____	心不全 _____	心房細動 _____	心房性心室早期 _____	心房性心室ブロック _____	心室性心室早期 _____	心室性心室ブロック _____	心室性心室早期 _____	心室性心室ブロック _____
心エコー	左心房拡張 _____	左心室拡張 _____	左心室壁厚 _____	左心室流出道 _____	左心室壁運動 _____	左心室壁運動 _____	左心室壁運動 _____	左心室壁運動 _____	左心室壁運動 _____

C. 運動耐性検査 _____

運動耐性検査の結果 _____

D. 鑑別診断 _____

鑑別診断の結果 _____

<診断のカテゴリー> (該当する項目に☑を記入する)

① 鑑別診断 _____

② 鑑別診断 _____

③ 鑑別診断 _____

④ 鑑別診断 _____

⑤ 鑑別診断 _____

⑥ 鑑別診断 _____

⑦ 鑑別診断 _____

症状の概要、経過、特徴すべき事項など _____

■ 発症と経過

初発症状 (発症)	発熱 _____	呼吸困難 _____	胸痛 _____	悪寒 _____	発汗 _____	その他 _____
経過	発熱 _____	呼吸困難 _____	胸痛 _____	悪寒 _____	発汗 _____	その他 _____

■ 重症度分類に関する事項

Bartel Index _____

食事 _____