

医療機関名	〒
医療機関所在地	電話番号
医師の氏名	印 記載年月日：平成 年 月 日 自由筆名は印刷のこと

- ※医師が印する欄は、必ず印刷用紙に用いて、印刷用紙に印刷された内容にのみ記入すること。印刷用紙の裏面に記載されている注意事項をよく読んでください。
- ※医師が印する欄は、必ず印刷用紙に用いて、印刷用紙に印刷された内容にのみ記入すること。印刷用紙の裏面に記載されている注意事項をよく読んでください。
- ※医師が印する欄は、必ず印刷用紙に用いて、印刷用紙に印刷された内容にのみ記入すること。印刷用紙の裏面に記載されている注意事項をよく読んでください。

新規 更新

127-1 前認知機能検査性定（行動異常型）前認知機能検査性定

■ 基本情報

受信番号	性別(男子)	性別(女子)	性別(不明)
年齢	住所		
生年月日	性別	年	月
出生地	氏名(姓)	名(名)	名(姓)
家族歴	1. あり 2. なし 3. 不明 配偶者(姓) 1. あり 2. なし 3. 不明(男性) 4. あり(女性) 5. あり(父) 6. あり(母) 7. あり(兄弟) 8. あり(姉妹) 9. あり(兄弟) 10. あり(姉妹) 11. その他()		
発症年月	当院	年	月
社会保険	介護認定	1. あり 2. なし 3. なし	要介護度 1 2 3 4 5
生活状況	移動の程度 1. 歩行困難に思われる 2. 歩くことが困難である 3. 寝たきりである		
身の回りや整理	1. 歩行や整理に問題がある 2. 歩くことが困難である 3. 自分でできない		
ふだんの生活	1. 問題がない 2. 歩くことが困難である 3. 行うことができない		
本人の不快感	1. あり 2. 中程度ある 3. ほとんどない		
不安/おさまらなさ	1. 問題がない 2. 中程度ある 3. ほとんど不安はない/おさまっている		

■ 診断基準に関する事項

症状の概要、経過、特徴すべき事項など

A. 診断基準(該当する項目に記号を記入する)

(1) 診断項目：進行性の認知機能検査性定を認め、それにより日常生活が支障をきたしている	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
(2) 次のうちのうち2項目以上を満たす	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
A. 認知機能検査：以下の3つの領域のうち2つ以上1つ以上を満たす ① 社会的認知(行動) ② 記憶(文脈)の文脈 ③ 行動の適切な判断(行動)	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
B. 認知(アフォーラ) または記憶 ① アフォーラ(記憶、記憶、判断) ② 認知(行動)の減少	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
C. 認知(行動)の減少：以下の3つの領域のうち2つ以上1つ以上を満たす ① 他者の感情や感情に対する反応 ② 社会的認知(行動)の減少、または人間関係の減少(孤独)や喪失	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
D. 認知(行動)の減少：以下の3つの領域のうち2つ以上1つ以上を満たす ① 行動の減少 ② 認知(行動)の減少 ③ 認知(行動)の減少	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
E. 認知(行動)の減少：以下の3つの領域のうち2つ以上1つ以上を満たす ① 認知(行動)の減少 ② 認知(行動)の減少 ③ 認知(行動)の減少	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
F. 認知(行動)の減少：以下の3つの領域のうち2つ以上1つ以上を満たす 認知(行動)の減少	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
(3) 認知(行動)の減少：以下の3つの領域のうち2つ以上1つ以上を満たす 認知(行動)の減少	1. 該当 2. 非該当 3. 不明

注：以下の4項目をすべて、全て満たす。満たす場合は「該当」を記入する。 ① アルツハイマー病 ② シンдрラ体質知覚 ③ 血管性認知症 ④ 混合性認知症 ⑤ 進行性非アルツハイマー病 ⑥ 大動脈硬化性認知症 ⑦ 統合失調症 ⑧ うつ病などの精神疾患 ⑨ 他疾患	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
---	--------------------

<診断のカテゴリー>

臨床診断：(1) (2) (3) (4) (5) の全てを満たす	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
----------------------------------	--------------------

■ 発症と経過(該当する項目に記号を記入する)

発症を自覚の発症	<input type="checkbox"/> 認知機能検査性定 ① 血管性認知症 ② 進行性非アルツハイマー病 ③ 混合性認知症 ④ その他(病名)
----------	--

■ 治療その他(該当する項目に記号を記入する)

利己的治療(薬 非薬療法、中心療養(在宅))	導入日 年 月	1. 実施 2. 未実施 3. 不明
------------------------	---------	--------------------

■ 重症化分類に関する事項(該当する項目に記号を記入する)

① 社会的認知が著しく低下している	<input type="checkbox"/> 1. 該当 2. 非該当 3. 不明
② 行動、認知、感情、行動の適応が著しく低下している	<input type="checkbox"/> 1. 該当 2. 非該当 3. 不明
③ 本人認知や他者の認知に著しく低下している	<input type="checkbox"/> 1. 該当 2. 非該当 3. 不明
④ 本人認知や他者の認知に著しく低下している	<input type="checkbox"/> 1. 該当 2. 非該当 3. 不明

■ 人工知能に関する事項(使用者のみ記入)

医師の氏名	1. あり
医師の性別	男 女 不明
医師の年齢	年 月 日
医師の職名	1. 医師 2. 看護師 3. 介護士 4. その他()
医師の住所	〒
医師の電話番号	〒
医師のメールアドレス	〒
医師の住所	〒
医師の電話番号	〒
医師のメールアドレス	〒

医師の氏名	〒
医師の性別	男 女 不明
医師の年齢	年 月 日
医師の職名	1. 医師 2. 看護師 3. 介護士 4. その他()
医師の住所	〒
医師の電話番号	〒
医師のメールアドレス	〒

- ※医師が印する欄は、必ず印刷用紙に用いて、印刷用紙に印刷された内容にのみ記入すること。印刷用紙の裏面に記載されている注意事項をよく読んでください。
- ※医師が印する欄は、必ず印刷用紙に用いて、印刷用紙に印刷された内容にのみ記入すること。印刷用紙の裏面に記載されている注意事項をよく読んでください。
- ※医師が印する欄は、必ず印刷用紙に用いて、印刷用紙に印刷された内容にのみ記入すること。印刷用紙の裏面に記載されている注意事項をよく読んでください。

127-2 前頭葉機能低下症(意味性認知症)

■ 基本情報

受診者番号	氏名(姓)	姓(苗字)	名(名字)
性別	年齢	生年月日	性別
出生年月日	性別	1.男 2.女	
出生地(市区町村)	居住先(市区町村)	居住先(市区町村)	居住先(市区町村)
家族歴	1.あり 2.なし 3.不明 配偶者(性別) 1.男 2.女 3.不明(男性) 4.不明(女性) 5.既婚(女性) 6.再婚(女性) 7.再婚(女性) 8.再婚(男性) 9.再婚(男性) 10.いそ 11.その他 既婚 ()		
発症年月	性別	年	月
生活環境	介護認定	1.要介護 2.要支援 3.なし	要介護度
転居の頻度	1.過去1年以内 2.2年以上 3.3年以上	1.頻りにある 2.時々ある 3.ほとんどない	
転居の理由	1.転居先が不明 2.転居先が不明 3.自分で行った		
転居の回数	1.1回 2.2回 3.3回以上		
転居の回数	1.1回 2.2回 3.3回以上		

■ 診断基準に関する事項

症状の概要、経過、特徴すべき事項など

症状の概要、経過、特徴すべき事項など

A. 診断基準 (該当する項目に記号を記入する)

(1) 認知機能(特に記憶力)の低下が認められ、それにより日常生活が阻害されている 1.該当 2.非該当 3.不明

(2) 日常生活の障害 1.該当 2.非該当 3.不明

(3) 以下のうちの少なくとも2つを認める
 1. 日常生活に支障をきたすほどの記憶力低下(特に短期記憶)の存在
 2. 意思決定能力の低下
 3. 判断力低下(例えば、金銭管理の困難)の存在
 4. 社会生活(例えば、仕事)の障害

(4) 認知機能が低下している 1.該当 2.非該当 3.不明

(5) 診断基準を満足し、かつ以下のいずれかの項目に該当している
 1. 認知機能が低下している
 2. 日常生活に支障をきたしている
 3. 判断力低下(例えば、金銭管理の困難)の存在
 4. 社会生活(例えば、仕事)の障害

<診断のカテゴリ>

診断カテゴリー: (1) (2) (3) (4) (5) の全てを満たす 1.該当 2.非該当 3.不明

■ 発症と経過 (該当する項目に記号を記入する)

発症と経過 (該当する項目に記号を記入する)

128 ビッカーズスタック認知症

■ 基本情報

受診者番号	氏名(姓)	姓(苗字)	名(名字)
性別	年齢	生年月日	性別
出生年月日	性別	1.男 2.女	
出生地(市区町村)	居住先(市区町村)	居住先(市区町村)	居住先(市区町村)
家族歴	1.あり 2.なし 3.不明 配偶者(性別) 1.男 2.女 3.不明(男性) 4.不明(女性) 5.既婚(女性) 6.再婚(女性) 7.再婚(女性) 8.再婚(男性) 9.再婚(男性) 10.いそ 11.その他 既婚 ()		
発症年月	性別	年	月
生活環境	介護認定	1.要介護 2.要支援 3.なし	要介護度
転居の頻度	1.過去1年以内 2.2年以上 3.3年以上	1.頻りにある 2.時々ある 3.ほとんどない	
転居の理由	1.転居先が不明 2.転居先が不明 3.自分で行った		
転居の回数	1.1回 2.2回 3.3回以上		
転居の回数	1.1回 2.2回 3.3回以上		

■ 診断基準に関する事項

症状の概要、経過、特徴すべき事項など

症状の概要、経過、特徴すべき事項など

A. 診断基準 (該当する項目に記号を記入する)

(1) 以下の3項目の全てが診断基準に該当し、かつ以下のいずれかに該当する 1.該当 2.非該当 3.不明

(2) 以下の3項目の全てが診断基準に該当し、かつ以下のいずれかに該当する 1.該当 2.非該当 3.不明

(3) 以下の3項目の全てが診断基準に該当し、かつ以下のいずれかに該当する 1.該当 2.非該当 3.不明

(4) 以下の3項目の全てが診断基準に該当し、かつ以下のいずれかに該当する 1.該当 2.非該当 3.不明

<診断のカテゴリ> (該当する項目に記号を記入する)

<診断のカテゴリ> (該当する項目に記号を記入する)

■ 臨床所見 (該当する項目に記号を記入する)

臨床所見 (該当する項目に記号を記入する)

■ 治療その他 (該当する項目に記号を記入する)

治療その他 (該当する項目に記号を記入する)

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に記号を記入する)

重症度分類に関する事項 (該当する項目に記号を記入する)

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

医療機関名

医療機関所在地

医師の氏名

※ 病歴に記入する際は、該当する項目に記号を記入してください。また、記入する際は、以下の事項を必ず記入してください。
 ・ 1. 病歴に記入する際は、該当する項目に記号を記入してください。また、記入する際は、以下の事項を必ず記入してください。
 ・ 2. 病歴に記入する際は、該当する項目に記号を記入してください。また、記入する際は、以下の事項を必ず記入してください。
 ・ 3. 病歴に記入する際は、該当する項目に記号を記入してください。また、記入する際は、以下の事項を必ず記入してください。

■ 治療その他

治療その他 (該当する項目に記号を記入する)

■ 重症度分類に関する事項

重症度分類に関する事項 (該当する項目に記号を記入する)

食事・栄養

食事・栄養 (該当する項目に記号を記入する)

行動

行動 (該当する項目に記号を記入する)

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

医療機関名

医療機関所在地

医師の氏名

※ 病歴に記入する際は、該当する項目に記号を記入してください。また、記入する際は、以下の事項を必ず記入してください。
 ・ 1. 病歴に記入する際は、該当する項目に記号を記入してください。また、記入する際は、以下の事項を必ず記入してください。
 ・ 2. 病歴に記入する際は、該当する項目に記号を記入してください。また、記入する際は、以下の事項を必ず記入してください。
 ・ 3. 病歴に記入する際は、該当する項目に記号を記入してください。また、記入する際は、以下の事項を必ず記入してください。

131 アレキサンダー病

Basic information form for Alexander disease, including patient ID, name, sex, age, and medical history.

診断基準に関する事項

症状の概要、経過、特徴すべき事項など

A. 症状

Table A: Symptoms (A. 症状) with 13 items and response options (1-5).

B. 検査所見 (該当する項目に記号を記入する)

Table B: Examination findings (B. 検査所見) with 5 items and response options.

132 先天性線状性皮膚病

Basic information form for congenital linearepitheliomatosis, including patient ID, name, sex, age, and medical history.

診断基準に関する事項

症状の概要、経過、特徴すべき事項など

A. 症状

Table A: Symptoms (A. 症状) with 5 items and response options.

B. 検査所見

Table B: Examination findings (B. 検査所見) with 3 items and response options.

<診断のカテゴリ>

Category selection table for diagnosis.

重症度分類に関する事項

modified Rankin Scale (mRS)

Modified Rankin Scale (mRS) table with 4 items and response options.

Category selection table for diagnosis (top part).

Category selection table for diagnosis (middle part).

<診断のカテゴリ> 1型および2型の両者の特徴を有する。重症度は1型、2型に準じる。

重症度分類に関する事項

modified Rankin Scale (mRS)

Modified Rankin Scale (mRS) table with 4 items and response options.

重症度分類に関する事項

modified Rankin Scale (mRS)

Modified Rankin Scale (mRS) table with 4 items and response options.

食事・栄養

Table for diet and nutrition assessment with 3 items and response options.

排便

Table for bowel assessment with 3 items and response options.

人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Table for artificial ventilation assessment with various sub-items.

医療機関名

Table for medical institution information.

Footnote text regarding the form's use and confidentiality.

食事・栄養

Table for diet and nutrition assessment.

排便

Table for bowel assessment.

人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Table for artificial ventilation assessment.

医療機関名

Table for medical institution information.

Footnote text regarding the form's use and confidentiality.

□ 新規 □ 更新

■ 基本情報

Form with fields for patient ID, name, address, birth date, sex, and medical history.

■ 診断基準に関する事項

Blank box for diagnostic criteria related items.

A. 診断基準

Form for diagnostic criteria A.

B. 病状

Form for symptoms B.

C. 検査所見

Form for examination findings C.

D. 関連検査結果 (該当する項目にのみ記入する)

Form for related test results D.

E. 診断基準 (参考)

Form for diagnostic criteria E.

<診断のカテゴリー>

Form for diagnostic categories.

■ 発症と経過

Form for onset and course.

■ 重症度分類に関する事項

Form for severity classification items.

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Form for artificial respiration items.

Form for hospital information.

Footnote text regarding data collection and usage.

□ 新規 □ 更新

■ 基本情報

Form with fields for patient ID, name, address, birth date, sex, and medical history.

■ 診断基準に関する事項

Blank box for diagnostic criteria related items.

A. 病状 (該当する項目にのみ記入する)

Form for symptoms A.

B. 検査所見

Form for examination findings B.

C. その他の所見

Form for other findings C.

<診断のカテゴリー>

Form for diagnostic categories.

■ 発症と経過

Form for onset and course.

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目にのみ記入する)

Form for severity classification items.

「G40 てんかん」の診断等級区分

Form for G40 epilepsy classification.

「G40 てんかん」の発作タイプ

Form for G40 epilepsy seizure types.

「精神症状・能力低下・自傷」 (2) 能力障害評価

Form for mental symptoms and capacity evaluation.

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Form for artificial respiration items.

Form for hospital information.

Footnote text regarding data collection and usage.

新規 更新

■ 基本情報

受診者番号 性別 年齢 生年月日 出生年月日 家族歴 発症年月 社会保険 医師の専攻 身体の特徴

■ 診断基準に関する事項

症状の概要、経過、特記すべき事項など

A. 症状 (該当する項目に☑を記入する)

1. 痛みの発生状況 2. 社会生活 3. 精神状態

B. 検査所見

1. 血液・生化学的検査結果 2. 画像検査 3. 生理学的検査 4. 病理学的検査

C. 診断診断

以下の内容を鑑別し、全て除外できる。除外できた項目に☑を記入する。

<診断の Kategorii>

診断 (A) 75%以上ある診断基準 (B) に対して相違を認め、病部を除外し (B) に対して診断基準の 2 以上を満たしより大きいことを確認して診断

■ 臨床所見 (該当する項目に☑を記入する)

臨床所見 診断時間 診断時間

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に☑を記入する)

G40 てんかんの報告等級区分 (1) 重症度 (2) 軽度 (3) 中等度 (4) 重度

(精神症状・能力障害 軽度) (2) 能力障害軽度

1. 精神障害や能力障害を認めない。または、精神障害、能力障害を認めない。日常生活および社会生活に支障を認めない。

上記の精神症状・能力障害 (軽度) における「G40 てんかん」の報告等級区分および報告等級区分 (1) 該当する

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

使用の有無 種類 年 月 機能の回復 呼吸器の種類

医師の氏名 印 記載年月日: 年 月 日

※ 検査項目に該当する項目は、医師が記入してください。診断基準に該当する項目は、医師が記入してください。

新規 更新

■ 基本情報

受診者番号 性別 年齢 生年月日 出生年月日 家族歴 発症年月 社会保険 医師の専攻 身体の特徴

■ 診断基準に関する事項

症状の概要、経過、特記すべき事項など

局所性尖鋭形形成 (R) の診断基準

R1: 以下の分類から 1 つを選択し、☑を記入する。 R2: R1 タイプ Ia: 皮質神経細胞の放射状排列 (放射状神経細胞) 異常を認めない。

A. 症状 (該当する項目に☑を記入する)

1. てんかん発作 2. 精神状態

B. 検査所見 (該当する項目に☑を記入する)

1. 血液・生化学的検査結果 2. 画像検査

2. 画像検査所見: 局所性尖鋭形形成を認める。 R1 タイプ Ia: 皮質神経細胞の放射状排列 (放射状神経細胞) 異常を認めない。 R2 タイプ Ia: 皮質神経細胞の放射状排列 (放射状神経細胞) 異常を認めない。

C. 遺伝学的検査 遺伝子検査の実施 変異のある遺伝子 ()

D. 診断診断 以下の内容を鑑別し、全て除外できる。除外できた項目に☑を記入する。

<診断の Kategorii> (該当する項目に☑を記入する)

■ 臨床所見 (該当する項目に☑を記入する)

臨床所見 診断時間 診断時間

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に☑を記入する)

G40 てんかんの報告等級区分 (1) 重症度 (2) 軽度 (3) 中等度 (4) 重度

(精神症状・能力障害 軽度) (2) 能力障害軽度

1. 精神障害や能力障害を認めない。または、精神障害、能力障害を認めない。日常生活および社会生活に支障を認めない。

上記の精神症状・能力障害 (軽度) における「G40 てんかん」の報告等級区分および報告等級区分 (1) 該当する

■ 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			
開始年月	西暦 年 月		開始の理由	1.あり 2.なし
種類	1.気管切開口を介した人工呼吸器 2.非マスク型マスクを介した人工呼吸器			
管理状況	1.部分管理 2.管理の無い状態 3.ユーザー管理 4.在宅管理			
生活状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	中継とベッド間の移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	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"/> 全介助
	浴衣着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 不可	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	浴槽コントロール	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	非脱コントロール	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助

医師の氏名 _____

医師の所属科 _____

医師の住所 _____

医師のTEL _____

医師のFAX _____

医師のEメール _____

※医師の氏名・住所・TEL・FAX・Eメールは、必ずしも記載する必要はありませんが、記載された場合は、お問い合わせ先として活用させていただきます。

※医師の所属科は、必ずしも記載する必要はありませんが、記載された場合は、お問い合わせ先として活用させていただきます。

※医師の住所は、必ずしも記載する必要はありませんが、記載された場合は、お問い合わせ先として活用させていただきます。

※医師のTEL・FAX・Eメールは、必ずしも記載する必要はありませんが、記載された場合は、お問い合わせ先として活用させていただきます。

新規 更新

138 神経筋形運動機能障害

■ 基本情報

連絡先番号	_____			
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(国)	_____			
旧姓(氏名)	_____			
家族歴	1.あり 2.なし 3.不明 4.祖母(祖母) 5.祖父(祖父) 6.祖父(父方) 7.祖母(母方) 8.祖母(母方) 9.祖母(母方) 10.いとこ 11.その他 12.なし			
発症年月	西暦 年 月	発症部位	1. 2. 3. 4. 5. _____	
発症状況	1. 歩行困難 2. 歩行困難 3. 歩行困難 4. 歩行困難 5. 歩行困難			
歩行の状況	1. 歩行困難 2. 歩行困難 3. 歩行困難 4. 歩行困難 5. 歩行困難			
歩行の管理	1. 歩行困難 2. 歩行困難 3. 歩行困難 4. 歩行困難 5. 歩行困難			
歩行の状況	1. 歩行困難 2. 歩行困難 3. 歩行困難 4. 歩行困難 5. 歩行困難			
歩行の管理	1. 歩行困難 2. 歩行困難 3. 歩行困難 4. 歩行困難 5. 歩行困難			
歩行の状況	1. 歩行困難 2. 歩行困難 3. 歩行困難 4. 歩行困難 5. 歩行困難			
歩行の管理	1. 歩行困難 2. 歩行困難 3. 歩行困難 4. 歩行困難 5. 歩行困難			

■ 診断基準に関する事項

症状の経過、経過、特徴すべき事項など

A. 症状 (該当する項目に☑を記入する)

1. 歩行困難 2. 歩行困難 3. 歩行困難 4. 歩行困難 5. 歩行困難

B-1. 機能障害 (該当する項目に☑を記入する)

1. 歩行 2. 歩行困難 3. 歩行困難 4. 歩行困難 5. 歩行困難

2. 歩行困難 3. 歩行困難 4. 歩行困難 5. 歩行困難

3. 歩行困難 4. 歩行困難 5. 歩行困難

4. 歩行困難 5. 歩行困難

5. 歩行困難

6. 歩行困難

7. 歩行困難

8. 歩行困難

9. 歩行困難

10. 歩行困難

11. 歩行困難

12. 歩行困難

13. 歩行困難

14. 歩行困難

15. 歩行困難

16. 歩行困難

17. 歩行困難

18. 歩行困難

19. 歩行困難

20. 歩行困難

1. 歩行困難 2. 歩行困難 3. 歩行困難 4. 歩行困難 5. 歩行困難

B-2. その他の機能障害 (該当する項目に☑を記入する)

1. 歩行困難 2. 歩行困難 3. 歩行困難 4. 歩行困難 5. 歩行困難

C. 運動機能

1. 歩行困難 2. 歩行困難 3. 歩行困難 4. 歩行困難 5. 歩行困難

D. 診断基準 (該当する項目に☑を記入する)

1. 歩行困難 2. 歩行困難 3. 歩行困難 4. 歩行困難 5. 歩行困難

<診断のカテゴリー>

1. 該当 2. 非該当

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に☑を記入する)

1. 該当 2. 非該当 3. 不明

2. 該当 3. 不明

3. 不明

4. 該当 5. 非該当 6. 不明

5. 非該当 6. 不明

6. 不明

7. 該当 8. 非該当 9. 不明

8. 非該当 9. 不明

9. 不明

10. 該当 11. 非該当 12. 不明

11. 非該当 12. 不明

12. 不明

13. 該当 14. 非該当 15. 不明

14. 非該当 15. 不明

15. 不明

16. 該当 17. 非該当 18. 不明

17. 非該当 18. 不明

18. 不明

19. 該当 20. 非該当 21. 不明

20. 非該当 21. 不明

21. 不明

22. 該当 23. 非該当 24. 不明

23. 非該当 24. 不明

24. 不明

25. 該当 26. 非該当 27. 不明

26. 非該当 27. 不明

27. 不明

28. 該当 29. 非該当 30. 不明

29. 非該当 30. 不明

30. 不明

旅行状況	1. 関心が旅行 2. 次第に旅行好きになる 3. 一人で旅行 4. 友達と旅行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	車椅子とベント間の移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
生活状況	食事	<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
	着替	<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
	入浴	<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
	読書・新聞	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	電話	<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

医療機関名 _____ 所在地番号 _____

医療機関所在地 _____ 電話番号 _____

医師の氏名 _____ 印 記載年月日：平成 年 月 日 自治体または病院のこと

※病状が急変する場合は、直ちに医師に連絡し、必要に応じて入院や退院の可否について相談してください。
 ※この検査は、医師の診断を補助するものであり、医師の診断を代替するものではありません。
 ※検査結果は、医師の診断を補助するものであり、医師の診断を代替するものではありません。
 ※検査結果は、医師の診断を補助するものであり、医師の診断を代替するものではありません。

新規 更新

139-1 先天性大脳血管形成不全症（ベリッフェウス・メルツァー病）

■ 基本情報

検査番号	検査者	氏名(英字)	性別	年齢
医療機関	住所			
生年月日	性別	年	月	日
出生地	出生年月	出生地	出生地	出生地
出生時体重	出生時身長	出生時体重	出生時身長	出生時体重
病歴	1. あり 2. なし 3. 不明 4. 脳卒中 5. 脳炎 6. 髄膜炎 7. 脳腫瘍 8. 脳出血 9. 脳梗塞 10. その他			
発症年月	年齢	年	月	
社会保険	介護認定	1. 自立 2. 要支援 3. なし	要介護認定	1. 2. 3. 4. 5.
生活状況	1. 歩行に困難がある 2. 歩行に困難がある 3. 寝たきりである			
歩行の状況	1. 杖や歩行器に必要 2. 杖や歩行器に必要 3. 自分で歩ける			
ふたふたの歩容	1. 問題ない 2. いくらか問題がある 3. 歩行できない			
痛み/不快感	1. ない 2. 軽度 3. 中程度 4. 重度			
不安/ささぎ込み	1. 問題ない 2. 軽度 3. いくらか不安がある			

■ 診断基準に関する事項

症状の概要、経過、特徴すべき事項など

A. 病状

1. 認知機能低下がある（以下参照）	1. あり 2. なし 3. 不明
2. 脱衣	1. あり 2. なし 3. 不明
3. 排泄管理の困難	1. あり 2. なし 3. 不明
4. 衣服着脱・身体・四肢の失調・食・睡眠・排便・排尿・排便管理など	1. あり 2. 軽度 3. 不明
5. 認知機能低下、脱衣、失調	1. あり 2. 軽度 3. 不明

B. 検査結果

1. MRI 画像所見：T2強調画像で、白質に高信号を認める病変の存在を認められる	1. あり 2. 軽度 3. 不明
2. 認知機能検査：軽度異常	1. あり 2. 軽度 3. 不明
3. 認知機能検査での異常なし、認知機能低下	1. あり 2. 軽度 3. 不明

<診断のカテゴリー>

Aのうちの1を含むA以上とB-1に加え、B-2あるいはB-3を含む男性

1. あり 2. 軽度 3. 不明

■ 重症度分類に関する事項

Calcezza からの分類（該当する項目に☑を記入する）

<input type="checkbox"/> Freq 0 運動の喪失
<input type="checkbox"/> Freq 1 定頻度で発作（2-4回/週）
<input type="checkbox"/> Freq 2 定頻度で発作（2-5回/週）
<input type="checkbox"/> Freq 3 定頻度で発作（2-5回/週）後、補助的行動が可能
<input type="checkbox"/> Freq 4 自立歩行が可能

modified Rankin Scale (mRS)

0. まったく症状がない 1. 軽微な症状 2. 軽微な症状があるが、日常生活に支障がない 3. 軽微な症状があるが、日常生活に支障がある 4. 軽微な症状があるが、日常生活に支障がある 5. 軽微な症状があるが、日常生活に支障がある

食事・栄養

0. 自立 1. 軽微な症状 2. 軽微な症状があるが、日常生活に支障がない 3. 軽微な症状があるが、日常生活に支障がある 4. 軽微な症状があるが、日常生活に支障がある 5. 軽微な症状があるが、日常生活に支障がある

歩行

0. 自立 1. 軽微な症状 2. 軽微な症状があるが、日常生活に支障がない 3. 軽微な症状があるが、日常生活に支障がある 4. 軽微な症状があるが、日常生活に支障がある 5. 軽微な症状があるが、日常生活に支障がある

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

使用の有否	1. あり
使用の開始	年 月 日
使用の終了	年 月 日
理由	1. 人工呼吸器を介した人工呼吸器 2. 人工呼吸器を介した人工呼吸器
旅行状況	1. 関心が旅行 2. 次第に旅行好きになる 3. 一人で旅行 4. 友達と旅行
生活状況	食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 車椅子とベント間の移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	着替 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <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 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	読書・新聞 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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

医療機関名 _____ 所在地番号 _____

医療機関所在地 _____ 電話番号 _____

医師の氏名 _____ 印 記載年月日：平成 年 月 日 自治体または病院のこと

※病状が急変する場合は、直ちに医師に連絡し、必要に応じて入院や退院の可否について相談してください。
 ※この検査は、医師の診断を補助するものであり、医師の診断を代替するものではありません。
 ※検査結果は、医師の診断を補助するものであり、医師の診断を代替するものではありません。
 ※検査結果は、医師の診断を補助するものであり、医師の診断を代替するものではありません。

139-2 先天性大脳白質形成不全症（ペリヴェウス・メルツバハ様病1）

□ 新規 □ 更新

■ 基本情報

受診番号				
姓(漢字)	氏名(平)	姓(カタ)	名(カタ)	
病歴番号	住所			
生年月日	西暦	年	月	日
出生地(町町村)	性別			
出生時体重	出生時身長	5歳時身長	現在身長	
家族歴	1. 弟() 2. 妹() 3. 不明 兄弟姉妹の人数 2. 弟() 3. 妹() 4. 同胞(男性) 5. 同胞(女性) 6. 祖父(父方) 7. 祖母(母方) 8. 祖父(母方) 9. 祖母(母方) 10. その他 11. その他 12. その他 ()			
発症年月	西暦	年	月	
生後経過	1. 発症後 2. 発症後 3. なし 4. 発症後 5. 1 2 3 4 5			
発症原因	1. 歩む回数に問題がある 2. 歩くのが遅い 3. 遅いから遅い			
歩む回数	1. 歩む回数に問題がある 2. 歩くのが遅い 3. 遅いから遅い			
歩む速さ	1. 歩む速さに問題がある 2. 歩くのが遅い 3. 遅いから遅い			
歩むリズム	1. 歩むリズムに問題がある 2. 歩くのが遅い 3. 遅いから遅い			
歩むリズム	1. 歩むリズムに問題がある 2. 歩くのが遅い 3. 遅いから遅い			

■ 診断基準に関する事項

症状の概要、経過、特徴すべき事項など

--	--

A. 症状

1. 発症原因不明である(ペリヴェウス)	1. あり 2. なし 3. 不明
2. 同胞	1. あり 2. なし 3. 不明
3. 発症原因不明である	1. あり 2. なし 3. 不明
4. 小脳障害(歩行・四肢の失調など、全頭性、小児期には歩行障害、発音障害、構音障害など)	1. あり 2. 発症後 3. 不明
5. 発症原因不明、全頭性、ペリヴェウス	1. あり 2. 発症後 3. 不明

B. 検査所見

1. MRI(頭部) T2強調画像で、白質に高信号の病変(放射線学的所見)の存在(ペリヴェウス)	1. あり 2. 発症後 3. 不明
2. 遺伝子検査(ペリヴェウス)	1. あり 2. 発症後 3. 不明

<診断のカテゴリ>

Aのうちの1を含むA1とA2に1つ以上、B-1を含むB1とB2に1つ以上	1. あり 2. 発症後 3. 不明
--------------------------------------	--------------------

■ 重症度分類に関する事項

Caillouxらの分類(該当する項目に○を記入する)

<input type="checkbox"/> Class 0 運動発達なし
<input type="checkbox"/> Class 1 発症後2歳時(2-4歳の間に)
<input type="checkbox"/> Class 2 発症後3歳時(3-5歳の間に)
<input type="checkbox"/> Class 3 発症後4歳時(4-5歳の間に) 発、補助歩行まで可能
<input type="checkbox"/> Class 4 自立歩行可能

□ 新規 □ 更新

139-3 先天性大脳白質形成不全症（基礎病および小脳萎縮を伴う難病形成不全症）

■ 基本情報

受診番号				
姓(漢字)	氏名(平)	姓(カタ)	名(カタ)	
病歴番号	住所			
生年月日	西暦	年	月	日
出生地(町町村)	性別			
出生時体重	出生時身長	5歳時身長	現在身長	
家族歴	1. 弟() 2. 妹() 3. 不明 兄弟姉妹の人数 2. 弟() 3. 妹() 4. 同胞(男性) 5. 同胞(女性) 6. 祖父(父方) 7. 祖母(母方) 8. 祖父(母方) 9. 祖母(母方) 10. その他 11. その他 12. その他 ()			
発症年月	西暦	年	月	
生後経過	1. 発症後 2. 発症後 3. なし 4. 発症後 5. 1 2 3 4 5			
発症原因	1. 歩む回数に問題がある 2. 歩くのが遅い 3. 遅いから遅い			
歩む回数	1. 歩む回数に問題がある 2. 歩くのが遅い 3. 遅いから遅い			
歩む速さ	1. 歩む速さに問題がある 2. 歩くのが遅い 3. 遅いから遅い			
歩むリズム	1. 歩むリズムに問題がある 2. 歩くのが遅い 3. 遅いから遅い			
歩むリズム	1. 歩むリズムに問題がある 2. 歩くのが遅い 3. 遅いから遅い			

■ 診断基準に関する事項

症状の概要、経過、特徴すべき事項など

--	--

A. 症状

1. 発症原因不明である(ペリヴェウス)	1. あり 2. なし 3. 不明
2. 同胞	1. あり 2. なし 3. 不明
3. 発症原因不明である	1. あり 2. なし 3. 不明
4. 小脳障害(歩行・四肢の失調など、全頭性、小児期には歩行障害、発音障害、構音障害など)	1. あり 2. 発症後 3. 不明
5. 発症原因不明、全頭性、ペリヴェウス	1. あり 2. 発症後 3. 不明

B. 検査所見

1. MRI(頭部) T2強調画像で、白質に高信号の病変(放射線学的所見)の存在(ペリヴェウス)	1. あり 2. 発症後 3. 不明
2. 遺伝子検査(ペリヴェウス)	1. あり 2. 発症後 3. 不明

<診断のカテゴリ>

Aのうちの1を含むA1とA2に1つ以上、B-1を含むB1とB2に1つ以上	1. あり 2. 発症後 3. 不明
--------------------------------------	--------------------

■ 重症度分類に関する事項

Caillouxらの分類(該当する項目に○を記入する)

<input type="checkbox"/> Class 0 運動発達なし
<input type="checkbox"/> Class 1 発症後2歳時(2-4歳の間に)
<input type="checkbox"/> Class 2 発症後3歳時(3-5歳の間に)
<input type="checkbox"/> Class 3 発症後4歳時(4-5歳の間に) 発、補助歩行まで可能
<input type="checkbox"/> Class 4 自立歩行可能

modified Rankin Scale (mRS)

0. まったく症状がない 1. 軽微な障害がある(日常生活に制限がある)
 2. 軽度の障害(軽微な障害がある) 3. 軽度の障害(軽微な障害がある)
 4. 軽度の障害(軽微な障害がある) 5. 軽度の障害(軽微な障害がある)
 6. 軽度の障害(軽微な障害がある) 7. 軽度の障害(軽微な障害がある)

食事・栄養

1. 経口摂取 2. 経口摂取(経管栄養) 3. 経口摂取(経管栄養)
 4. 経口摂取(経管栄養) 5. 経口摂取(経管栄養) 6. 経口摂取(経管栄養)
 7. 経口摂取(経管栄養) 8. 経口摂取(経管栄養) 9. 経口摂取(経管栄養)

褥瘡

1. 褥瘡なし 2. 褥瘡あり(軽微な) 3. 褥瘡あり(軽微な)
 4. 褥瘡あり(軽微な) 5. 褥瘡あり(軽微な) 6. 褥瘡あり(軽微な)
 7. 褥瘡あり(軽微な) 8. 褥瘡あり(軽微な) 9. 褥瘡あり(軽微な)

■ 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. 呼吸困難による人工呼吸器 2. 呼吸不全による人工呼吸器			
使用状況	1. 常時使用 2. 常時使用(時々) 3. 常時使用(時々) 4. 常時使用(時々)			
生活状況	食事	歩行	トイレ	排泄
	経口摂取	歩行	トイレ	排泄
	経口摂取	歩行	トイレ	排泄
	経口摂取	歩行	トイレ	排泄

医師情報	氏名	〒	〒	〒
医師の氏名	印 記載年月日(西暦) 年 月 日 ※自筆または押印のこと			

・何れにも該当しない場合は、医師情報欄に「なし」と記載してください。
 ・「なし」は、医師情報欄に「なし」と記載してください。
 ・「なし」は、医師情報欄に「なし」と記載してください。
 ・「なし」は、医師情報欄に「なし」と記載してください。

modified Rankin Scale (mRS)

0. まったく症状がない 1. 軽微な障害がある(日常生活に制限がある)
 2. 軽度の障害(軽微な障害がある) 3. 軽度の障害(軽微な障害がある)
 4. 軽度の障害(軽微な障害がある) 5. 軽度の障害(軽微な障害がある)
 6. 軽度の障害(軽微な障害がある) 7. 軽度の障害(軽微な障害がある)

食事・栄養

1. 経口摂取 2. 経口摂取(経管栄養) 3. 経口摂取(経管栄養)
 4. 経口摂取(経管栄養) 5. 経口摂取(経管栄養) 6. 経口摂取(経管栄養)
 7. 経口摂取(経管栄養) 8. 経口摂取(経管栄養) 9. 経口摂取(経管栄養)

褥瘡

1. 褥瘡なし 2. 褥瘡あり(軽微な) 3. 褥瘡あり(軽微な)
 4. 褥瘡あり(軽微な) 5. 褥瘡あり(軽微な) 6. 褥瘡あり(軽微な)
 7. 褥瘡あり(軽微な) 8. 褥瘡あり(軽微な) 9. 褥瘡あり(軽微な)

■ 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. 呼吸困難による人工呼吸器 2. 呼吸不全による人工呼吸器			
使用状況	1. 常時使用 2. 常時使用(時々) 3. 常時使用(時々) 4. 常時使用(時々)			
生活状況	食事	歩行	トイレ	排泄
	経口摂取	歩行	トイレ	排泄
	経口摂取	歩行	トイレ	排泄
	経口摂取	歩行	トイレ	排泄

医師情報	氏名	〒	〒	〒
医師の氏名	印 記載年月日(西暦) 年 月 日 ※自筆または押印のこと			

・何れにも該当しない場合は、医師情報欄に「なし」と記載してください。
 ・「なし」は、医師情報欄に「なし」と記載してください。
 ・「なし」は、医師情報欄に「なし」と記載してください。
 ・「なし」は、医師情報欄に「なし」と記載してください。