

新規 更新

■ 基本情報

受診者番号		性別(男)		性別(女)	
氏名(姓)		名(姓)		名(姓)	
病歴番号		住所			
生年月日		西暦	年	月	日
性別		性別		性別	
出生地(国)		出生地		出生地	
出生地(市区町村)		出生地		出生地	
家族歴		1.あり 2.なし 3.不明		4.兄弟(兄弟) 5.同胞(兄弟) 6.異父(異父)	
出生年月		西暦	年	月	日
社会保険		介護認定		要介護度	
生活状況		1.要介護 2.要支援 3.なし		4.要介護 1 2 3 4 5	
移動の程度		1.歩き回る(2)問題がない		2.1~3m歩幅がある	
身の回りの管理		1.洗面や着替え(3)問題がない		2.1~3m歩幅がある	
ふだんの活動		1.問題がない		2.1~3m歩幅がある	
痛み/不快感		1.ない		2.軽度	
不安/ふさぎさ		1.問題がない		2.軽度	

■ 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 (以下の症状のうち、1項以降 2項以降を含む2項以上を満たす場合は「該当」を選択し、該当する項目に記号を記入)

<input type="checkbox"/> 認知障害 (伴発/伴発)	<input type="checkbox"/> 運動発達遅延	<input type="checkbox"/> 精神発達遅延	<input type="checkbox"/> 言語発達遅延	<input type="checkbox"/> 脳脊髄液増加	<input type="checkbox"/> 脳脊髄液減少	1.該当 2.非該当 3.不明
<input type="checkbox"/> そのほか ()						

B. 検査所見

1. MRI (造影剤: T2強調画像にて、白質に高信号(白質異常) (後天性白質病の所見のあるものを除く)	1.該当 2.非該当 3.不明
2. 遺伝子解析: CMG (遺伝子検査結果をコンプライアンスとして) MLPA (遺伝子検査結果をコンプライアンスとして)	1.該当 2.非該当 3.不明

<診断のカテゴリー>

A. のうち、1. を含む2項以上と、B. の1および2を満たす	1.該当 2.非該当 3.不明
----------------------------------	-----------------

■ 重症度分類に関する事項

Callaux 5 の分類 (該当する項目に記号を記入する)

<input type="checkbox"/> Freq 0 運動を伴なし
<input type="checkbox"/> Freq 1 定歩まで歩行 (2-4歳の間に)
<input type="checkbox"/> Freq 2 遊歩まで歩行 (2-5歳の間に)
<input type="checkbox"/> Freq 3 歩行を維持 (2-6歳の間に) 後、補助歩行まで可能
<input type="checkbox"/> Freq 4 自立歩行可能

新規 更新

■ 基本情報

受診者番号		性別(男)		性別(女)	
氏名(姓)		名(姓)		名(姓)	
病歴番号		住所			
生年月日		西暦	年	月	日
性別		性別		性別	
出生地(国)		出生地		出生地	
出生地(市区町村)		出生地		出生地	
家族歴		1.あり 2.なし 3.不明		4.兄弟(兄弟) 5.同胞(兄弟) 6.異父(異父)	
出生年月		西暦	年	月	日
社会保険		介護認定		要介護度	
生活状況		1.要介護 2.要支援 3.なし		4.要介護 1 2 3 4 5	
移動の程度		1.歩き回る(2)問題がない		2.1~3m歩幅がある	
身の回りの管理		1.洗面や着替え(3)問題がない		2.1~3m歩幅がある	
ふだんの活動		1.問題がない		2.1~3m歩幅がある	
痛み/不快感		1.ない		2.軽度	
不安/ふさぎさ		1.問題がない		2.軽度	

■ 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

1. 認知障害(伴発/伴発) 2. 運動発達遅延 3. 精神発達遅延 4. 言語発達遅延 5. 脳脊髄液増加 6. 脳脊髄液減少	1.あり 2.なし 3.不明
1. 認知障害: 伴発/伴発/伴発/伴発 2. 運動発達遅延: 伴発/伴発/伴発/伴発 3. 精神発達遅延: 伴発/伴発/伴発/伴発 4. 言語発達遅延: 伴発/伴発/伴発/伴発 5. 脳脊髄液増加: 伴発/伴発/伴発/伴発 6. 脳脊髄液減少: 伴発/伴発/伴発/伴発	1.該当 2.非該当 3.不明

B. 検査所見

1. MRI (造影剤: T2強調画像にて、白質に高信号(白質異常) (後天性白質病の所見のあるものを除く)	1.該当 2.非該当 3.不明
2. 遺伝子解析: MLPA (遺伝子検査結果をコンプライアンスとして) MLPA (遺伝子検査結果をコンプライアンスとして)	1.該当 2.非該当 3.不明
3. 遺伝子解析: 遺伝子検査結果 (遺伝子検査結果をコンプライアンスとして)	1.該当 2.非該当 3.不明

<診断のカテゴリー>

A. のうち、1. を含む2項以上とB. の1. および2. または3. を満たす	1.該当 2.非該当 3.不明
---	-----------------

■ 重症度分類に関する事項

Callaux 5 の分類 (該当する項目に記号を記入する)

<input type="checkbox"/> Freq 0 運動を伴なし
<input type="checkbox"/> Freq 1 定歩まで歩行 (2-4歳の間に)
<input type="checkbox"/> Freq 2 遊歩まで歩行 (2-5歳の間に)
<input type="checkbox"/> Freq 3 歩行を維持 (2-6歳の間に) 後、補助歩行まで可能
<input type="checkbox"/> Freq 4 自立歩行可能

modified Rankin Scale (mRS)

0: 全く意識がない
1: 意識はあるが、1ヶ月以内に回復しない
2: 意識はあるが、1ヶ月以内に回復しない
3: 意識はあるが、1ヶ月以内に回復しない
4: 意識はあるが、1ヶ月以内に回復しない
5: 意識はあるが、1ヶ月以内に回復しない

食事・栄養

0: 意識がない
1: 意識はあるが、食事摂取が十分にできない
2: 意識はあるが、食事摂取が十分にできない
3: 意識はあるが、食事摂取が十分にできない
4: 意識はあるが、食事摂取が十分にできない
5: 意識はあるが、食事摂取が十分にできない

排便

0: 意識がない
1: 意識はあるが、排便コントロールが十分でない
2: 意識はあるが、排便コントロールが十分でない
3: 意識はあるが、排便コントロールが十分でない
4: 意識はあるが、排便コントロールが十分でない
5: 意識はあるが、排便コントロールが十分でない

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

使用の有無	あり	なし		
開始時期	西暦 年 月	開始の理由		
終了時期	西暦 年 月	終了の理由		
使用状況	1. 常時使用 2. 定期的使用 3. 1日中短期 4. 現在未使用			
生活状況	食事	排泄	移動	睡眠
	0: 自立 1: 部分介助 2: 全介助	0: 自立 1: 部分介助 2: 全介助	0: 自立 1: 部分介助 2: 全介助	0: 自立 1: 部分介助 2: 全介助
	0: 自立 1: 部分介助 2: 全介助	0: 自立 1: 部分介助 2: 全介助	0: 自立 1: 部分介助 2: 全介助	0: 自立 1: 部分介助 2: 全介助
	0: 自立 1: 部分介助 2: 全介助	0: 自立 1: 部分介助 2: 全介助	0: 自立 1: 部分介助 2: 全介助	0: 自立 1: 部分介助 2: 全介助
	0: 自立 1: 部分介助 2: 全介助	0: 自立 1: 部分介助 2: 全介助	0: 自立 1: 部分介助 2: 全介助	0: 自立 1: 部分介助 2: 全介助

医師情報	医師情報
医師情報	医師情報
医師情報	医師情報

□ 新規 □ 更新

■ 基本情報

受信番号				
姓(漢字)	氏名(カナ)	性別	年齢	病名
郵便番号	住所			
生年月日	西暦 年 月 日	性別	1 男	2 女
出生地(町村)				
出生時体重 (規定のある場合)	性別(漢字)	身長(漢字)	体重(漢字)	各病名
家族歴	1. あり 2. なし 3. 不明 母系(祖母) 父系(祖父) 兄弟(兄弟) 姉妹(姉妹) 兄弟(兄弟) 兄弟(兄弟) 7. 祖母(父方) 8. 祖母(母方) 9. 進級(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. 寛解後 3. なし	重症経過	1 2 3 4 5	
生活状況				
移動の程度	1. 歩き始めるに問題がない 2. いくらか問題がある 3. ほとんどできない			
身の回りの整理	1. 洗髪や着替えるに問題がない 2. いくらか問題がある 3. 自分ではできない			
ふだんの活動	1. 問題がない 2. いくらか問題がある 3. 行うことができない			
疲労/不快感	1. なし 2. 中程度ある 3. 多い			
不安/ふさぎ感	1. 問題がない 2. 中程度 3. ひどく不安がある/ふさぎ感がある			

■ 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

1. 認知機能低下(以下取崩)	1. あり 2. なし 3. 不明
2. 自閉	1. あり 2. なし 3. 不明
3. 精神運動遅延	1. あり 2. なし 3. 不明
4. 小脳障害(片麻痺・四肢の失調・全身痙攣・早期に出現した痙攣・痙攣解離・痙攣症候など)	1. 診断 2. 非診断 3. 不明
5. 認知症(失語・失算・失読・失算)	1. 診断 2. 非診断 3. 不明
6. てんかん・てんかん発作	1. 診断 2. 非診断 3. 不明

B. 検査所見

1. MRI (直位所見) 2. 造影剤投与後、白質に高信号の病変を認める(脳神経伝達障害の病変を示すものを含む)	1. 診断 2. 非診断 3. 不明
2. 脳脊髄液検査(脊髄液検査)	1. 診断 2. 非診断 3. 不明

<診断のカテゴリー>

Aのうち1.を含む2.以上とBのうち1.または2.を満たす	1. 診断 2. 非診断 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"/> Freq 0 活動性なし
<input type="checkbox"/> Freq 1 定常まで遅延 (2-4歳の時)
<input type="checkbox"/> Freq 2 自閉まで遅延 (2-5歳の時)
<input type="checkbox"/> Freq 3 座位を保持 (1-2歳の時) 後、補助歩行まで可能
<input type="checkbox"/> Freq 4 自立歩行が可能

□ 新規 □ 更新

■ 基本情報

受信番号				
姓(漢字)	氏名(カナ)	性別	年齢	病名
郵便番号	住所			
生年月日	西暦 年 月 日	性別	1 男	2 女
出生地(町村)				
出生時体重 (規定のある場合)	性別(漢字)	身長(漢字)	体重(漢字)	各病名
家族歴	1. あり 2. なし 3. 不明 母系(祖母) 父系(祖父) 兄弟(兄弟) 姉妹(姉妹) 兄弟(兄弟) 兄弟(兄弟) 7. 祖母(父方) 8. 祖母(母方) 9. 進級(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. 寛解後 3. なし	重症経過	1 2 3 4 5	
生活状況				
移動の程度	1. 歩き始めるに問題がない 2. いくらか問題がある 3. ほとんどできない			
身の回りの整理	1. 洗髪や着替えるに問題がない 2. いくらか問題がある 3. 自分ではできない			
ふだんの活動	1. 問題がない 2. いくらか問題がある 3. 行うことができない			
疲労/不快感	1. なし 2. 中程度ある 3. 多い			
不安/ふさぎ感	1. 問題がない 2. 中程度 3. ひどく不安がある/ふさぎ感がある			

■ 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

1. 認知機能低下(以下取崩)	1. あり 2. なし 3. 不明
2. 自閉	1. あり 2. なし 3. 不明
3. 精神運動遅延	1. あり 2. なし 3. 不明
4. 小脳障害(片麻痺・四肢の失調・全身痙攣・早期に出現した痙攣・痙攣解離・痙攣症候など)	1. 診断 2. 非診断 3. 不明
5. 認知症(失語・失算・失読・失算)	1. 診断 2. 非診断 3. 不明

B. 検査所見

1. MRI (直位所見) 2. 造影剤投与後、白質に高信号の病変を認める(脳神経伝達障害の病変を示すものを含む)	1. 診断 2. 非診断 3. 不明
2. 脳脊髄液検査(脊髄液検査)	1. 診断 2. 非診断 3. 不明
3. 脳脊髄液検査(脊髄液検査)	1. 診断 2. 非診断 3. 不明

<診断のカテゴリー>

Aのうち1.を含む2.以上とBのうち1.および2.を満たす	1. 診断 2. 非診断 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"/> Freq 0 活動性なし
<input type="checkbox"/> Freq 1 定常まで遅延 (2-4歳の時)
<input type="checkbox"/> Freq 2 自閉まで遅延 (2-5歳の時)
<input type="checkbox"/> Freq 3 座位を保持 (1-2歳の時) 後、補助歩行まで可能
<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週間経っても明らか改善がない。日常生活がほぼ正常。
- 軽度の障害(1項目の症状がみられる)または死亡。日常生活がほぼ正常。
- 中程度の障害(2項目の症状を必要とする)。歩行は可能である。日常生活がほぼ正常である。
- 重度の障害(3項目以上)。歩行不能。常に介護が必要である。

食事・栄養

- 0:正常。1期にわたる。食事摂取量が通常の範囲である。社会生活・日常生活に支障なし。
- 2:食物摂取の工夫。食餌摂取の工夫を必要とする。
- 3:食事・栄養摂取が可能な状態を要する。
- 4:補助的な経口的栄養摂取(経管栄養、中心静脈栄養など)を必要とする。
- 5:全期的に経口的栄養摂取に依存している。

排便

- 0:正常。1期経腸の下下などの所見がある。社会生活・日常生活に支障なし。2期経腸のために排便の思惑などの所見がある。
- 3:排便状況が改善される。あるいは排便などの日常生活動作で思惑が生じる。
- 4:排便の思惑がない。排便が頻りに必要。5:排便期間がある。排便期間が頻りに必要。

■ 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
種類	1. 人工呼吸器を介した人工呼吸器 2. 鼻マスク呼吸器を介した人工呼吸器
実行状況	1. 間欠的実行 2. 持続的実行に実行 3. 一旦中止 4. 実行しない
生活状況	食事 自立 ☐ 部分介助 ☐ 全介助 排泄 ☐ 部分介助 ☐ 全介助 入浴 ☐ 部分介助 ☐ 全介助 移動 ☐ 部分介助 ☐ 全介助 排痰コントロール ☐ 部分介助 ☐ 全介助

B. 医師情報

医師情報	〒 〇〇〇〇〇
医師の氏名	〒 〇〇〇〇〇
印	西暦 年 月 日

- 1: 病名に該当する病名を記載し、検査結果を添付して、診断書に病名を記載する。検査結果を添付して記入する場合は、必ず「検査結果」欄に記入する。
- 2: 病名に該当する病名を記載し、検査結果を添付して、診断書に病名を記載する。検査結果を添付して記入する場合は、必ず「検査結果」欄に記入する。
- 3: 病名に該当する病名を記載し、検査結果を添付して、診断書に病名を記載する。検査結果を添付して記入する場合は、必ず「検査結果」欄に記入する。
- 4: 病名に該当する病名を記載し、検査結果を添付して、診断書に病名を記載する。検査結果を添付して記入する場合は、必ず「検査結果」欄に記入する。

modified Rankin Scale (mRS)

- 0:まったく症状がない。1週間経っても明らか改善がない。日常生活がほぼ正常。
- 軽度の障害(1項目の症状がみられる)または死亡。日常生活がほぼ正常。
- 中程度の障害(2項目の症状を必要とする)。歩行は可能である。日常生活がほぼ正常である。
- 重度の障害(3項目以上)。歩行不能。常に介護が必要である。

食事・栄養

- 0:正常。1期にわたる。食事摂取量が通常の範囲である。社会生活・日常生活に支障なし。
- 2:食物摂取の工夫。食餌摂取の工夫を必要とする。
- 3:食事・栄養摂取が可能な状態を要する。
- 4:補助的な経口的栄養摂取(経管栄養、中心静脈栄養など)を必要とする。
- 5:全期的に経口的栄養摂取に依存している。

排便

- 0:正常。1期経腸の下下などの所見がある。社会生活・日常生活に支障なし。2期経腸のために排便の思惑などの所見がある。
- 3:排便状況が改善される。あるいは排便などの日常生活動作で思惑が生じる。
- 4:排便の思惑がない。排便が頻りに必要。5:排便期間がある。排便期間が頻りに必要。

■ 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
種類	1. 人工呼吸器を介した人工呼吸器 2. 鼻マスク呼吸器を介した人工呼吸器
実行状況	1. 間欠的実行 2. 持続的実行に実行 3. 一旦中止 4. 実行しない
生活状況	食事 自立 ☐ 部分介助 ☐ 全介助 排泄 ☐ 部分介助 ☐ 全介助 入浴 ☐ 部分介助 ☐ 全介助 移動 ☐ 部分介助 ☐ 全介助 排痰コントロール ☐ 部分介助 ☐ 全介助

B. 医師情報

医師情報	〒 〇〇〇〇〇
医師の氏名	〒 〇〇〇〇〇
印	西暦 年 月 日

- 1: 病名に該当する病名を記載し、検査結果を添付して、診断書に病名を記載する。検査結果を添付して記入する場合は、必ず「検査結果」欄に記入する。
- 2: 病名に該当する病名を記載し、検査結果を添付して、診断書に病名を記載する。検査結果を添付して記入する場合は、必ず「検査結果」欄に記入する。
- 3: 病名に該当する病名を記載し、検査結果を添付して、診断書に病名を記載する。検査結果を添付して記入する場合は、必ず「検査結果」欄に記入する。
- 4: 病名に該当する病名を記載し、検査結果を添付して、診断書に病名を記載する。検査結果を添付して記入する場合は、必ず「検査結果」欄に記入する。

■ 基本情報

受診番号	氏名(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(町村)	姓(漢字)	名(漢字)	名(かな)
家族歴	1.あり 2.なし 3.不明 兄弟姉妹数 1.父 2.母 3.子 4.同胞(男性) 5.同胞(女性) 6.祖父(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 縦横 ()		
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	要介護度 1 2 3 4 5
知的状況			
歩行の状況	1.歩き回るのに問題がない 2.いくらか困難がある 3.ほとんどできない		
身の回りの管理	1.洗濯や着替えに問題がない 2.いくらか困難がある 3.自分でできない		
ふだんの活動	1.問題がない 2.いくらか困難がある 3.行うことができない		
痛み/不快感	1.ない 2.中程度ある 3.ひどい		
不安/ふさぎ込み	1.問題がない 2.中程度ある 3.ひどく不安がある/ふさぎ込んでいる		

■ 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

1. 知的障害(軽度あるいは軽度)	1.あり 2.なし 3.不明
2. 自閉	1.あり 2.なし 3.不明
3. 精神運動発達遅滞	1.あり 2.なし 3.不明
4. 小脳障害: 揺酔・四肢の協調障害、全脱換、小児期には両眼収縮、姿勢障害、歩行異常など	1.該当 2.非該当 3.不明
5. 知的障害: 揺酔、シストニア	1.該当 2.非該当 3.不明

B. 検査所見

1. MRI(重層所見: T2強調画像で、白質にびまん性の高信号域、部分T2強調画像と小脳(ことに皮質)萎縮、脳室拡大等の所見があるものを認める)	1.該当 2.非該当 3.不明
2. 遺伝子検査: APOEε4陽性またはAPOEε4陰性	1.該当 2.非該当 3.不明

<診断のカテゴリー>

以下のうち1.を含む1つ以上とBの1.または2.を含む1つ以上

1.該当 2.非該当 3.不明

■ 重症度分類に関する事項
 Chuliveraらの分類 (該当する項目に記号を記入する)

<input type="checkbox"/> Freq 0 運動が正常
<input type="checkbox"/> Freq 1 定常まで遅延(2-4歳の間に)
<input type="checkbox"/> Freq 2 重症まで遅延(2-5歳の間に)
<input type="checkbox"/> Freq 3 重症な遅延(0-2歳の間に)後、補助歩行まで可能
<input type="checkbox"/> Freq 4 自立歩行可能

0.まったく回復がない 1.回復はあったも明らかに回復がない(1.0) 2.軽度の障害(3.0) 3.中等度の障害(4.0) 4.重度の障害(5.0) 5.死亡

食事-栄養
 1.回復なし 2.問題がある 3.問題が軽微なものであるが、社会生活・日常生活に支障がない
 2.食物摂取の工夫や、食料品の選択の工夫を必要とする 3.食事・栄養摂取に何らかの介助を要する
 4.補助的の経口的栄養摂取(経管栄養、中心静脈栄養など)を必要とする 5.全面的に経口的栄養摂取に依存している

歩行
 1.回復なし 2.歩行の低下などの所見はあるが、社会生活・日常生活に支障がない 3.歩行の回復のために歩行の補助が必要な状態にある
 4.歩行の回復のために歩行の補助が必要な状態にある 5.歩行の回復のために歩行の補助が必要な状態にある

■ 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			
開始時期	西暦 年 月	開始の理由	1.あり 2.なし	
種別	1.気管挿管(全挿入人工呼吸器) 2.鼻マスク装着(部分挿入人工呼吸器)			
使用状況	1.常時使用 2.夜間・睡眠時に限る 3.一日中実行 4.現在は未実行			
生活状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移動手段	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排泄	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	トイレ操作	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	歩行	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	服装の手配	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	言葉	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排便コントロール	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助

医師情報

医師氏名	〒	〒	〒	〒	
医師の氏名	印	記載年月日: 西暦 年 月 日	※担当医とは異なること		

※担当医とは異なること
 1.担当医とは異なること
 2.担当医とは異なること
 3.担当医とは異なること
 4.担当医とは異なること
 5.担当医とは異なること

■ 基本情報

受診番号	氏名(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(町村)	姓(漢字)	名(漢字)	名(かな)
家族歴	1.あり 2.なし 3.不明 兄弟姉妹数 1.父 2.母 3.子 4.同胞(男性) 5.同胞(女性) 6.祖父(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 縦横 ()		
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	要介護度 1 2 3 4 5
知的状況			
歩行の状況	1.歩き回るのに問題がない 2.いくらか困難がある 3.ほとんどできない		
身の回りの管理	1.洗濯や着替えに問題がない 2.いくらか困難がある 3.自分でできない		
ふだんの活動	1.問題がない 2.いくらか困難がある 3.行うことができない		
痛み/不快感	1.ない 2.中程度ある 3.ひどい		
不安/ふさぎ込み	1.問題がない 2.中程度ある 3.ひどく不安がある/ふさぎ込んでいる		

■ 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

1. 知的障害(軽度あるいは軽度)	1.あり 2.なし 3.不明
2. 自閉	1.あり 2.なし 3.不明
3. 精神運動発達遅滞	1.あり 2.なし 3.不明
4. 小脳障害: 揺酔・四肢の協調障害、全脱換、小児期には両眼収縮、姿勢障害、歩行異常など	1.該当 2.非該当 3.不明
5. 知的障害: 揺酔、シストニア	1.該当 2.非該当 3.不明

B. 検査所見

1. MRI(重層所見: T2強調画像で、白質にびまん性の高信号域(髄鞘形成不全の所見があるものを認める)	1.該当 2.非該当 3.不明
2. 未実行(白内障を伴う)	1.該当 2.非該当 3.不明
3. 遺伝子検査: APOEε4陽性	1.該当 2.非該当 3.不明

<診断のカテゴリー>

以下のうち1.を含む1つ以上とBの1.または2.を含む1つ以上

1.該当 2.非該当 3.不明

■ 重症度分類に関する事項
 Chuliveraらの分類 (該当する項目に記号を記入する)

<input type="checkbox"/> Freq 0 運動が正常
<input type="checkbox"/> Freq 1 定常まで遅延(2-4歳の間に)
<input type="checkbox"/> Freq 2 重症まで遅延(2-5歳の間に)
<input type="checkbox"/> Freq 3 重症な遅延(0-2歳の間に)後、補助歩行まで可能
<input type="checkbox"/> Freq 4 自立歩行可能

0.まったく回復がない 1.回復はあったも明らかに回復がない(1.0) 2.軽度の障害(3.0) 3.中等度の障害(4.0) 4.重度の障害(5.0) 5.死亡

食事-栄養
 1.回復なし 2.問題がある 3.問題が軽微なものであるが、社会生活・日常生活に支障がない
 2.食物摂取の工夫や、食料品の選択の工夫を必要とする 3.食事・栄養摂取に何らかの介助を要する
 4.補助的の経口的栄養摂取(経管栄養、中心静脈栄養など)を必要とする 5.全面的に経口的栄養摂取に依存している

歩行
 1.回復なし 2.歩行の低下などの所見はあるが、社会生活・日常生活に支障がない 3.歩行の回復のために歩行の補助が必要な状態にある
 4.歩行の回復のために歩行の補助が必要な状態にある 5.歩行の回復のために歩行の補助が必要な状態にある

■ 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			
開始時期	西暦 年 月	開始の理由	1.あり 2.なし	
種別	1.気管挿管(全挿入人工呼吸器) 2.鼻マスク装着(部分挿入人工呼吸器)			
使用状況	1.常時使用 2.夜間・睡眠時に限る 3.一日中実行 4.現在は未実行			
生活状況	食事	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移動手段	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排泄	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	トイレ操作	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	歩行	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	服装の手配	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	言葉	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排便コントロール	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助

医師情報

医師氏名	〒	〒	〒	〒	
医師の氏名	印	記載年月日: 西暦 年 月 日	※担当医とは異なること		

※担当医とは異なること
 1.担当医とは異なること
 2.担当医とは異なること
 3.担当医とは異なること
 4.担当医とは異なること
 5.担当医とは異なること

139-10 先天性大脳白質形成不全症（失調、歯牙形成を伴う髄鞘形成不全症）

■ 基本情報

Form for patient information including name, address, birth date, and medical history.

■ 診断法に関する事項

Form for diagnosis related items, including symptoms and test results.

A. 症状

Form for symptoms (A), including intellectual disability and motor skills.

B. 検査所見

Form for examination findings (B), including MRI and EEG results.

<診断のカテゴリー>

Form for diagnosis categories.

■ 重症度分類に関する事項

Form for severity classification (Cattaneo scale).

modified Rankin Scale (mRS)

Form for modified Rankin Scale (mRS).

食事・栄養

Form for diet and nutrition.

呼吸

Form for respiratory status.

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

Form for artificial ventilation usage.

Form for medical information including hospital and doctor details.

Notes and instructions for the medical information form.

139-11 先天性大脳白質形成不全症（脱髄型末梢神経炎、中核性髄鞘形成不全症、ワーデンバーグ症候群、ヒルシュブルグ病）

■ 基本情報

Form for patient information for 139-11.

■ 診断法に関する事項

Form for diagnosis related items for 139-11.

A. 症状

Form for symptoms (A) for 139-11.

B. 検査所見

Form for examination findings (B) for 139-11.

<診断のカテゴリー>

Form for diagnosis categories for 139-11.

■ 重症度分類に関する事項

Form for severity classification for 139-11.

modified Rankin Scale (mRS)

Form for modified Rankin Scale (mRS) for 139-11.

食事・栄養

Form for diet and nutrition for 139-11.

呼吸

Form for respiratory status for 139-11.

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

Form for artificial ventilation usage for 139-11.

Form for medical information for 139-11.

Notes and instructions for the medical information form for 139-11.

新規 更新

■ 基本情報

氏名(苗字)				
氏名(名前)	姓(苗字)	名(苗字)		
性別				
年齢(月日)	年齢	年	月	日
性別	性別	1	2	3
出生年月日				
出生年月日(西暦)	年	月	日	
出生地(市町村名)	姓(苗字)	名(苗字)		
病歴	1.あり 2.なし 3.不明 4.診断未了 5.経過観察中 6.他科転院中 7.他科転院後 8.経過観察中 9.再発 10.再発後(再発回数) 11.再発後(再発回数) 12.再発後(再発回数)			
手術の有無	1.あり 2.なし 3.不明 4.手術後(手術名称) 5.手術後(手術名称) 6.手術後(手術名称)			
社会的状況	1.職あり 2.職なし 3.職あり(パート) 4.職あり(学生) 5.職あり(主婦) 6.職あり(学生) 7.職あり(学生)			
生活環境	1.ひとり暮らし 2.一人暮らし 3.同居 4.単身赴任 5.介護施設 6.その他			
家族関係	1.あり 2.なし 3.不明 4.同居 5.別居 6.単身赴任 7.介護施設 8.その他			
生活環境	1.ひとり暮らし 2.一人暮らし 3.同居 4.単身赴任 5.介護施設 6.その他			

■ 診断基準に關する事項

症状の観測、経過、特徴すべき事項など

A. 診断に關する項目に必要項目を記入する

1. 診断基準(ILAE)を満たす診断結果を有する	1.あり 2.なし 3.不明
2. てんかん発作(再発)の発作記録あり	1.あり 2.なし 3.不明
3. てんかん発作(再発)の発作記録あり(1) 二次性全般化発作	1.あり 2.なし 3.不明
4. てんかん発作(再発)の発作記録あり(2) 二次性全般化発作	1.あり 2.なし 3.不明
5. てんかん発作(再発)の発作記録あり(3) 二次性全般化発作	1.あり 2.なし 3.不明

B. 検査結果

1. EEG(頭部)検査の結果を提示する	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
2. MRI(頭部)検査の結果を提示する	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
3. CT(頭部)検査の結果を提示する	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
4. PET(頭部)検査の結果を提示する	1. 該当 2. 非該当 3. 不明

C. 画像診断

以下が画像を提示し、全て提示できる。除かれた場合のみ、記を記入する。

1. 全て提示 2. 提示不可 3. 不明

CT(頭部) MRI(頭部) PET(頭部) EEG(頭部) EEG(頭部) EEG(頭部) EEG(頭部)

<診断のカテゴリー> (該当する項目に必要項目を記入する)

症例 (A-E) 症例 (A-E) 症例 (A-E) 症例 (A-E)

1.あり 2.なし 3.不明

- 診断基準、診断基準に關する事項、診断基準(ILAE)を満たす診断結果を有する

- てんかん発作(再発)の発作記録あり(1) 二次性全般化発作

- てんかん発作(再発)の発作記録あり(2) 二次性全般化発作

■ 臨床表現 (該当する項目に必要項目を記入する)

発作の発生	1.あり 2.なし 3.不明
発作の特徴	1.あり 2.なし 3.不明
発作の原因(1) 原因不明	1.あり 2.なし 3.不明
発作の原因(2) 原因不明	1.あり 2.なし 3.不明
発作の原因(3) 原因不明	1.あり 2.なし 3.不明
発作の原因(4) 原因不明	1.あり 2.なし 3.不明
発作の原因(5) 原因不明	1.あり 2.なし 3.不明
発作の原因(6) 原因不明	1.あり 2.なし 3.不明

■ 重症度分類に關する事項 (該当する項目に必要項目を記入する)

1. 重症度分類(1) (1) 重症度	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
2. 重症度分類(2) (2) 重症度	1. 該当 2. 非該当 3. 不明
3. 重症度分類(3) (3) 重症度	1. 該当 2. 非該当 3. 不明

上記の重症度分類は手術前診断に於ける「G40 てんかん」の障害等級別区分および障害者総合支援法に於ける「精神障害・能力障害二級」(1) (2) に該当する。

「G40 てんかん」の障害等級が1級程度で、能力障害評価3-5を満たす。
 「G40 てんかん」の障害等級が2級程度で、能力障害評価3-5を満たす。
 「G40 てんかん」の障害等級が3級程度で、能力障害評価3-5を満たす。

■ 人工呼吸器に關する事項 (使用者のみ記入)

発作の発生	1.あり
発作の特徴	1.あり 2.なし
発作の原因(1) 原因不明	1.あり 2.なし 3.不明
発作の原因(2) 原因不明	1.あり 2.なし 3.不明
発作の原因(3) 原因不明	1.あり 2.なし 3.不明
発作の原因(4) 原因不明	1.あり 2.なし 3.不明
発作の原因(5) 原因不明	1.あり 2.なし 3.不明
発作の原因(6) 原因不明	1.あり 2.なし 3.不明

診断の理由	1.あり
診断の理由(1)	1.あり 2.なし 3.不明
診断の理由(2)	1.あり 2.なし 3.不明
診断の理由(3)	1.あり 2.なし 3.不明
診断の理由(4)	1.あり 2.なし 3.不明
診断の理由(5)	1.あり 2.なし 3.不明
診断の理由(6)	1.あり 2.なし 3.不明
診断の理由(7)	1.あり 2.なし 3.不明
診断の理由(8)	1.あり 2.なし 3.不明
診断の理由(9)	1.あり 2.なし 3.不明
診断の理由(10)	1.あり 2.なし 3.不明
診断の理由(11)	1.あり 2.なし 3.不明
診断の理由(12)	1.あり 2.なし 3.不明
診断の理由(13)	1.あり 2.なし 3.不明
診断の理由(14)	1.あり 2.なし 3.不明
診断の理由(15)	1.あり 2.なし 3.不明

新規 更新

■ 基本情報

受診者番号					
姓(漢字)	名(漢字)	姓(カナ)	名(カナ)		
保険番号	住所				
生年月日	西暦	年	月	日	性別
					1.男 2.女
出生地の町村					
出生時体重 (kg)	出生時身長 (cm)	出生時頭围 (cm)	出生時体重 (kg)		
家族歴	1.あり 2.なし 3.不明 配偶者(母) 1.男 2.女 3.同居(男性) 4.同居(女性) 5.既婚(女性) 6.再婚(女性) 兄弟姉妹 1.男 2.女 3.同居 4.別居 5.同居 6.別居 7.死亡 8.不明				
発症年月	西暦 年 月				
社会保険	全額決定	1.是 2.否	2.差支償 3.なし	要介護度	1. 2. 3. 4. 5.
生活状況					
家族構成	1.単身(同居)の世帯など 2.同居(同居)世帯など 3.同居(同居)世帯など 4.同居(同居)世帯など				
子供の習い事	1.習い事がある 2.習い事がない 3.習い事がない 4.習い事がない				
子供の習い事	1.習い事がある 2.習い事がない 3.習い事がない 4.習い事がない				
子供の習い事	1.習い事がある 2.習い事がない 3.習い事がない 4.習い事がない				
子供の習い事	1.習い事がある 2.習い事がない 3.習い事がない 4.習い事がない				

■ 診断診断に関する事項

発症の概要、経過、物記すべき事項など

A. 症状 (該当する項目に○を記入する)

1. 発症の原因に上記を中心とする同様の発症のミオクローニータンてんかんを診断する特異なミオクローニータンてんかん	1.あり 2.なし 3.不明
2. 発症の原因に上記を中心とする同様の発症のミオクローニータンてんかんを診断する特異なミオクローニータンてんかん	1.あり 2.なし 3.不明
発症の原因に上記を中心とする同様の発症のミオクローニータンてんかんを診断する特異なミオクローニータンてんかん	

B. 検査結果

1. 血液・生化学的検査結果、発症の原因に	1.該当 2.非該当 3.不明
2. 神経伝達物質検査結果、発症の原因に	1.該当 2.非該当 3.不明
3. 神経学的検査 (脳波)とMRI検査	1.該当 2.非該当 3.不明
発症の原因に上記を中心とする同様の発症のミオクローニータンてんかんを診断する特異なミオクローニータンてんかん	1.該当 2.非該当 3.不明
4. 神経学的検査 (脳波)とMRI検査	1.該当 2.非該当 3.不明

C. 遺伝学的検査

遺伝子検査の結果	1.該当 2.非該当
発症の原因に上記を中心とする同様の発症のミオクローニータンてんかんを診断する特異なミオクローニータンてんかん	

D. 経過観察

以上の内容を参照し、今後経過を診察するべきか	1.全て許可 2.一部許可 3.不明
<input type="checkbox"/> 小児科で経過観察 <input type="checkbox"/> 小児科で経過観察 <input type="checkbox"/> 小児科で経過観察 <input type="checkbox"/> 小児科で経過観察	

医師情報

医師情報	担当医番号
医師情報	電話番号
医師の氏名	印 西暦年/月/日 平成 年 月 日 捺印または印の貼り

1. 発症の原因に上記を中心とする同様の発症のミオクローニータンてんかんを診断する特異なミオクローニータンてんかん
 2. 発症の原因に上記を中心とする同様の発症のミオクローニータンてんかんを診断する特異なミオクローニータンてんかん
 3. 神経学的検査 (脳波)とMRI検査
 4. 神経学的検査 (脳波)とMRI検査

<診断のカテゴリー>

A. 発症の原因に上記を中心とする同様の発症のミオクローニータンてんかんを診断する特異なミオクローニータンてんかん	1.該当 2.非該当 3.不明
---	-----------------

■ 臨床所見 (該当する項目に○を記入する)

発症原因	1.あり 2.なし 3.不明
ある場合その原因 <input type="checkbox"/> 感染性 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> その他()	
1.小児発症	1.あり 2.なし 3.不明
社会生活状況	
<input type="checkbox"/> 成人学業 (職) <input type="checkbox"/> 成人学業 (専攻) <input type="checkbox"/> 職業訓練 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 職業 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他	
有効であった抗てんかん薬	1.あり 2.なし 3.不明
薬剤名 : <input type="checkbox"/> PHT <input type="checkbox"/> VPA <input type="checkbox"/> CBZ <input type="checkbox"/> OXA <input type="checkbox"/> ZNS <input type="checkbox"/> TPM <input type="checkbox"/> LIG <input type="checkbox"/> CLB <input type="checkbox"/> OPB <input type="checkbox"/> CLB <input type="checkbox"/> DBP <input type="checkbox"/> ESM <input type="checkbox"/> STP <input type="checkbox"/> RSN <input type="checkbox"/> CACTU	
<input type="checkbox"/> その他の薬剤 ()	

■ 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〕の重症度(年次区分)

ハ、その発症が月に1回以上ある (1級程度)	1.該当 2.非該当 3.不明
イ、ロの発症が月に1回以上ある、またはハ、ニの発症が月に2回以上ある (2級程度)	1.該当 2.非該当 3.不明
エ、ロの発症が月に1回未満、またはハ、ニの発症が月に2回未満である (3級程度)	1.該当 2.非該当 3.不明

てんかん発症のタイプ
 イ、意識障害のみが、無意識状態が伴う発症
 ロ、意識を失い、行為が途絶するが、固くけい発作
 ハ、意識障害の有無を問わず、持続する発作
 ニ、意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を呈す発作

〔精神状況・能力評価二軸評価〕 (2) 能力障害評価

<input type="checkbox"/> 1. 精神状況や生活状況を認めない、または、精神障害、知的障害を認めず、日常生活における社会生活に支障を認めない
<input type="checkbox"/> 2. 精神障害、知的障害を認め、日常生活または社会生活に一定の制限を受ける
<input type="checkbox"/> 3. 精神障害、知的障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、時に応じて支援を必要とする
<input type="checkbox"/> 4. 精神障害、知的障害を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、常時支援を要する
<input type="checkbox"/> 5. 精神障害、知的障害を認め、身の回りのお世話はほとんど出来ない

上記の精神状況・能力評価二軸評価における「G40 てんかん」の重症度(年次区分)および障害者総合支援法における「精神状況・能力障害二軸評価」(2) 能力障害評価で、次のいずれかに該当する

<input type="checkbox"/> 「G40 てんかん」の障害等級が1級程度で、能力障害評価1-5を満たす
<input type="checkbox"/> 「G40 てんかん」の障害等級が2級程度で、能力障害評価3-5を満たす
<input type="checkbox"/> 「G40 てんかん」の障害等級が3級程度で、能力障害評価4-5を満たす

■ 人工知能に関する事項 (使用者のみ記入)

更新の有無	1.あり
更新日時	西暦 年 月 日
更新内容	1. 更新内容 (ソフトウェア) 2. 更新内容 (ハードウェア) 3. 更新内容 (ソフトウェア)
更新内容	1. 更新内容 (ソフトウェア) 2. 更新内容 (ハードウェア) 3. 更新内容 (ソフトウェア)
更新内容	1. 更新内容 (ソフトウェア) 2. 更新内容 (ハードウェア) 3. 更新内容 (ソフトウェア)

