

■ 基本情報

受診者番号	名(姓)	姓(父母)	名(母)
既往歴	住所		
生年月日	西暦 年 月 日	性別	男 女
既往症			
出産時母名(愛称ある場合は)	姓(父母)	名(姓)	姓(母)
家族歴	1.あり 2.なし 3.不明 父親既往歴 1.なし 2.既往 3.子 4.同居(男性) 5.同居(女性) 6.既往(父母) 7.既往(父母) 8.既往(父母) 9.既往(父母) 10.既往(父母) 11.その他 既往 ()		
通院月日	西暦 年 月		
性別年齢	令(月齢)	上:要支援 下:なし	下:要対応
生活状況			
精神的歴史	1.歩き回るのに問題がない 2.立って歩き筋がいる 3.寝たままでいる 4.自分で着替えに問題がない 5.上から下を理解できる 6.自分でできること 7.まだ歩かない 8.歩くのに問題がある 9.立歩うことができない 10.車椅子で移動する 11.車椅子で車を運転する 12.車椅子で車を操作する 13.車椅子で車を操作する 14.車椅子で車を操作する		
不応/小さざみ	1.問題がない 2.少しある 3.ひどい 4.とてもひどい		

■ 認識疾患に関する事項

症状の種類、程度、特徴すべき事項など

--	--	--	--

A. 症状

1.てんかん:发作	1.あり 2.なし 3.不明
2.てんかん:发作型 (発作頻度)	1.全発作 2.四肢部分発作 3.二側部分発作 4.二側全面発作 5.てんかん:発作後昏睡
3.発作行動の追跡感	1.あり 2.なし 3.不明
4.行動	1.あり 2.なし 3.不明
5.頭痛/充血	1.あり 2.なし 3.不明
6.神経	1.あり 2.なし 3.不明

B. 検査所見

上:画像検査所見			
審:ダグラシクム地図表示にて明瞭となる皮質面質異常。無名指側の脳皮質、舌側脳面側の脳皮質、白質内視野 脱離の位置を認め CT:頭部CTにて認め MRI:頭部MRIにて認める所見を認めている。左側頭葉にて頭葉表面皮質側壁の頭葉内視野に走らる皮質面側の脳皮質 2.生理学的所見 発達・言語の発達段階、動作時の動作性障害または脳波			
C. 遺伝子検査の検索			
遺伝子検査の実施			
変異のあった遺伝子: 口頭説 明 その他の遺伝子 ()			

D. 疾病概要

以下の内容を勘定し、専門家による疾患区分を記入する。

□専門家 二択不可 3.不可

□この他の疾患既往歴

<診断のカテゴリー> (該当する項目に印を記入する)

□既往歴: 出生時より産科(A-I), 1歳まで医療(A-I)を認め、さらに疾患既往(B-I)を認める

□既往歴: 産科(A-I), 医療(A-I), 既往既往(B-I)いずれも満たし、過去に変異を示す

□いずれにも該当しない

■ 临床所見 (該当する項目に印を記入する)

□初回診察の際に既往有 1.該当 2.非該当 3.不明

□頭痛 1.頭痛 2.頭痛無 3.不明

□癲癇 1.癲癇 2.癲癇無 3.不明

□外因誘因 1.外因 2.なし 3.不明

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に印を記入する)

□G40「てんかん」の癡愚等級判定区分

ハ、丙の癡愚等級に1回以上ある (I級程度) 1.該当 2.非該当 3.不明

イ、丙の癡愚等級に1回以上ある。またはハ、丙の癡愚等級に2回以上ある (II級程度) 1.該当 2.非該当 3.不明

オ、丙の癡愚等級に1回以上ある。またはハ、丙の癡愚等級に2回以上ある (III級程度) 1.該当 2.非該当 3.不明

△人から教わるタイプ

イ、意識障害ないが、種別細分化する癡愚等級である癡愚

ロ、意識を失り、行為が途絶するが、倒れない癡愚

ハ、意識障害の有無を問はず、続ける癡愚

ニ、意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す癡愚

■ 精神状態/能力障害・機能評価 (2) 能力障害評価

- 1.精神障害や智能障害を認めない。また、精神障害、知的障害を認めらる。日常生活における社会生活に苦慮する事は、意識障害による事ある。
- 2.精神障害、知的障害を認め、日常生活における社会生活に苦慮する事は、精神障害による事ある。
- 3.精神障害、知的障害を認め、日常生活における社会生活に苦慮する事は、精神障害を認めており、精神障害を認める。
- 4.精神障害、知的障害を認め、日常生活における社会生活に苦慮する事は、精神障害を認めた。

上記の精神障害手帳基準における「G40「てんかん」」の癡愚等級判定区分および障害者給付支援法における「精神認定・能力障害・機能評価」(2) 能力障害評価で、次のいずれかに該当する

□ 「G40「てんかん」」の障害等級が1級程度で、能効障害評価1~5を満たす

□ 「G40「てんかん」」の障害等級が2級程度で、能効障害評価3~6を満たす

□ 「G40「てんかん」」の障害等級が3級程度で、能効障害評価4~6を満たす

■ 人口統計学に関する事項 (使用者のみ記入)

年齢内訳	1.あり		
患者内訳	既往 年 月 日	癡愚の度合	1.あり 2.なし
既往	1.既往切離口を介した人口内訳 2.既往マスク又は乳製イヌクを介した人口内訳既往		
既往既往	1.既往の施行 2.既往に既往既往 3.日半施行 4.周月半施行		
既往既往	多事	□何? □部分介助 全介助	即刻子とヘッド開き活動
	整容	□何? □部分介助 半介助	トドリ動作
	入浴	□何? □部分介助 不可	歩行
	排泄	□何? □部分介助 不可能	静止
	排便	□何? □部分介助 全介助	口呼吸
	排便コントロール	□何? □部分介助 全介助	静脈コンタロール

既往歴開き			
既往医療所行歴	指定医療機関	遺伝子検査	
遺伝子検査番号			
既往の既往			
印 既往既往口半身 正身 年 月 日 余り算定または計算のこと			
※既往既往口は既往既往を意味し、既往既往口は既往既往を意味して、既往既往口の内訳は、していて明確がないと扱ってもらいたいと思います。 (ただし、既往既往口は既往を示す場合既往口でなくて、既往既往口でも構いません) 既往既往口における既往を示す「何?」は、書類の既往既往口で明確に示している場合は、既往等の書類に記載した既往を採用して下さい。 既往既往口に対する既往を示す「何?」は、書類の既往既往口で明確に示していない場合は、既往既往口の既往を採用して下さい。 既往既往口に対する既往を示す「何?」は、書類の既往既往口で明確に示していない場合は、既往既往口の既往を採用して下さい。			

■ 基本情報

登録番号	名前	性別	年齢
配偶者分 住所			
生年月日	西暦 年 月 日	性別	1 男 2 女
性別(男)時			
性別(氏名)	姓(漢字)	名(漢字)	姓(カタカナ)
家族歴	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
家庭構成	配偶者既婚 1. 未満 2. 既婚 3. 同居 4. 非同居 5. 両親 6. 父母 7. 母親 8. その他	配偶者既婚 1. 未満 2. 既婚 3. 同居 4. 非同居 5. 両親 6. 父母 7. 母親 8. その他	配偶者既婚 1. 未満 2. 既婚 3. 同居 4. 非同居 5. 両親 6. 父母 7. 母親 8. その他
居住地	市町村	年 月	
社会保障	会員登録	1. 受け継ぎ 2. 支援 3. なし	要介護度 1 2 3 4 5
生活状況	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
物語の特徴	1. 歩き回るのに問題ない 2. いろいろ問題がある 3. 徒歩でできる	1. あり 2. なし 3. 不明	1. あり 2. なし 3. 不明
身の回りの管理	1. 言葉や音楽に問題がない 2. いろいろ問題がある 3. 自分ができる	1. あり 2. なし 3. 不明	1. あり 2. なし 3. 不明
ふだんの活動	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
地図への快感	1. あり 2. なし 3. 中程度ある	1. あり 2. なし 3. 中程度ある	1. あり 2. なし 3. 中程度ある
不安・ふだんの心	1. 開放的な 2. 中程度 3. 封鎖的	1. 中程度 2. 封鎖的 3. 開放的な	1. ひどく不安な 2. 封鎖的 3. 開放的

■ 調査基準に関する事項

症状の概要、延長、特記すべき事項など

--

A. 実家

大項目	小項目	1. あり 2. なし 3. 不明
1. 既往歴(医療5年以内上り直す3ヶ月以上)		1. あり 2. なし 3. 不明
2. 現在の主訴(過去3ヶ月以上、または直前の経過)		1. あり 2. なし 3. 不明
3. 既往歴(2ヶ月以上)		1. あり 2. なし 3. 不明
4. フィーリング(既往歴)		1. あり 2. なし 3. 不明
5. 多癇性疾患の有無		1. あり 2. なし 3. 不明
6. 実家既往歴(既往歴大項目と既往歴細目を複数)		1. あり 2. なし 3. 不明
7. 上衣下衣		1. あり 2. なし 3. 不明
8. 上衣下衣の細目(既往歴)		1. あり 2. なし 3. 不明
9. 心臓血管		1. あり 2. なし 3. 不明
10. 脳リソバ等の既往歴		1. あり 2. なし 3. 不明
11. 皮膚筋骨膜筋肉(2ヶ月以上)		1. あり 2. なし 3. 不明
小項目		
1. 会員登録歴		1. あり 2. なし 3. 不明
2. 会員登録用紙(2ヶ月以上)		1. あり 2. なし 3. 不明
3. 会員登録用紙(2ヶ月以上)		1. あり 2. なし 3. 不明
4. 会員登録用紙		1. あり 2. なし 3. 不明
5. 多発性疾患		1. あり 2. なし 3. 不明
6. 既往歴の既往歴		1. あり 2. なし 3. 不明

四肢、頭頸などの筋骨格の細部の異常	□なし □あり □筋肉筋膜	□あり (筋膜が心要)	□二極化
筋膜	□なし □あり □筋肉筋膜	□あり (筋膜が心要)	□二極化者を飛ばす

■ 人工呼吸器に関する事項(使用者のみ記入)

使用の有無	なし
開始期間	西暦 年 月
初期の見込み	初期の見込み
現状	1. 気管切開を含む人工呼吸器 2. マスク又は鼻マスクを含む人工呼吸器
既往の既往	1. 気管切開 2. 表現言語障害 3. 一歩一歩型 4. 現状は未施行
生活状況	
食事	口自立 二部分動作 口全動作 食嚥了シード物の利用 トレイ動作
空咳	口自立 二部分動作不可能
人浴	口自立 二部分動作可困難
排泄障害	口自立 二部分動作 口不能
排泄コントロール	口自立 二部分動作 口全動作 口嚥コントロール

医療機関名

患者登録号

電話番号

印 完成年月日: 年 月 日

各自担当医師の名前
 -現在お世話している医師がいる場合、該当する欄に「□」を記入して下さい。記入しない場合は、いつでも担当医師の名前を用いて下さい。完璧ではありません。
 -ただし、専門医の名前を書いてある場合は、専門医の名前を記入して下さい。
 -専門医が複数いる場合は複数名記入して下さい。
 -専門医が複数いる場合は複数名記入して下さい。
 -専門医が複数いる場合は複数名記入して下さい。

・参考までに、開院登録登録用紙の「担当医師を記入するところ」をみて下さい。

B. 過去の既往

既往の検査履歴

□なし □既往

1. 既往 2. 未だ

<診断のカテゴリー>(該当する項目に□を記入する)

Definite (既往生または既往歴なしの場合はどちらも男の正側面のDNAで示され)

1. 診定 2. 未診定

過去に何回かある、もしくは何回かを含む既往症を示す場合

1. 診定 2. 未診定

□なし (A. 既往つらさが軽度で、主として日常生活に影響しない状態) □あり (B. 既往つらさが日常生活に影響する)

1. 診定 2. 未診定

□なし (C. 既往つらさが日常生活に影響する)

1. 診定 2. 未診定

■ 重症度分類に関する事項(該当する項目に□を記入する)

症状	グレード		1	2	3
	なし	あり			
神経疾患	SENSE	□なし □あり	□SENSEあり (筋肉・筋膜1cm範囲)	□SENSEあり (筋肉・筋膜1cm以上)	□SENSEあり (筋肉・筋膜)
	てんかん	□なし □あり	□てんかん	□てんかん	□てんかん
	加齢障害	□なし	□加齢障害	□加齢障害	□加齢障害
	自律神経障害	□なし	□自律神経障害	□自律神経障害	□自律神経障害
皮膚疾患	シニアリンク	□なし	□シニアリンク	□シニアリンク	□シニアリンク
	汗斑	□なし	□汗斑	□汗斑	□汗斑
	LME	□なし	□LME	□LME	□LME
	脚部	□なし	□脚部	□脚部	□脚部
脳	心因性疾患	□なし	□心因性疾患	□心因性疾患	□心因性疾患
	脳	□なし	□脳	□脳	□脳
	脳血管	□なし	□脳血管	□脳血管	□脳血管
	脳脊髄	□なし	□脳脊髄	□脳脊髄	□脳脊髄
眼	完全遮蔽障害	□なし	□あり (手袋1個以上)	□あり (手袋1個以上)	□あり (手袋)
	半側障害	□なし	□あり	□あり	□あり
	その他	□なし	□あり (脳血管障害)	□あり (脳血管障害)	□あり (脳血管障害)

■ 基本情報

受診者番号				
性別	男	女		
年齢	5歳			
既往歴	なし			
生年月日	昭和 年 月 日	性別	男 女	
出生地・育成地	なし			
既往歴(既往の有無がある場合)	なし			
家族歴	1. あり 2. なし 3. 不明 父親既往なし 2. 両親 3. 子 7. 同胞(習字) 8. 同胞(女性) 6. 運父(父方) 7. 運母(母方) 8. 運母(母方) 9. 運母(母方) 10. その他、親類			
発症月日	昭和 年 月			
社会保険	介護認定	1. 全介護 2. 支持 3. なし	要介護度	1 2 3 4 5
生活状況				
移動の有無	1. 歩き回るのに問題ない 2. こいくらの問題がある 3. 限まりである 1. 歩き回るのに問題ない 2. こいくらの問題がある 3. 自分でできない 1. 歩き回る 2. こいくらの問題がある 3. 行きこができない 1. なし 2. 中程度ある 3. のびない 1. 困難な歩行 2. 中程度 3. ほとんど歩けないやくら苦しんでいる			

■ 症状基準に関する事項

症状の概要、経過、特徴すべき事項など			
--------------------	--	--	--

A. 症状

1. 乾燥的皮膚病の優先度の状況
1. あり 2. なし 3. 不明
2. 乾燥的皮膚病の色生来皮膚の色と通常の色との差別化したサンバーン(皮脂)
3. 30 歳以下の蒸気部の皮膚炎(毛蒸氣熱症、有機蒸氣熱、異性熱色熱など)が多発する
1. あり 2. なし 3. 不明
4. 既往や現在の三頭・脚腕部・頭部・歩行障害など
1. あり 2. なし 3. 不明

B. 検査現況

1. 皮膚外因性(皮膚病以外の因子、皮膚病以外の疾患での割合)
1. あり 2. なし 3. 不明
2. 皮膚細胞の異常(皮膚細胞の増殖性)
1. あり 2. なし 3. 不明
(皮膚外因性を除く皮膚の異常を生じ、悪性腫瘍傾向の不規則な合併症の低下)
3. 皮膚細胞の生物学的性質も高度変性、またた、ケブライン等での感染性細胞
1. あり 2. なし 3. 不明
4. 皮膚外因性(皮膚病以外の因子、高齢の異常、サーディオラムでの能力レベルの低下)
1. あり 2. なし 3. 不明

C. 総合診断

- 以下の内容を満足し、全て回答できる、初めてきた初回の記入欄に記入する
1. 全て年齢: 2. 年令: 小さな児童
□ ホルタリン: □ 重症性皮膚病判定証: □ ゴーリー症候群

D. 既往歴・既存疾患

- 既往の既往の有無
1. あり 2. なし
□ 既往: □ 痘: □ 間接: □ 痘: □ 間接: □ 痘: □ 間接:

<診断のカテゴリー> (該当する項目に記入する)

- Definite (1) A. 実在である まだ子供時代からあり、毛子様皮膚病の子の典型的な病状が示された場合
 Definite (2) 実在(A-1, 2, 3のいずれかのみ)、疑は可及(R-1)を満たし、他の診療科領域にて疑われる場合
 Probable (1) 実在(A-1, 2, 3のうちどちらか)を満たし、他の診療科領域により毛子様皮膚病の発症するが、毛子様皮膚病の既往歴がない場合がある
 Probable (2) 実在(A-1, 2, 3のうちどちらか)を満たし、他の診療科領域により毛子様皮膚病の発症するが、毛子様皮膚病の既往歴がある場合
 Possible (1) 実在(A-1, 2, 3のうちどちらか)を満たし、他の診療科領域により疑われる毛子様皮膚病の発症しない、もしも他の既往病歴がある場合
 Possible (2) 実在(A-1, 2, 3のうちどちらか)を満たし、他の診療科領域により疑われる場合
 Possible (3) 実在(A-1, 2, 3のうちどちらか)を満たし、他の診療科領域により疑われる場合
 Impossible (1) ない

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に記入する)

XPの重症度のための問題

- | | |
|--------------|---|
| 皮膚外因性(D) スコア | 手評 |
| 既往: なし | □ あり □ なし |
| 皮膚外因性(2) | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| 皮膚外因性(3) | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| 皮膚外因性(4) | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| 皮膚外因性(5) | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| 皮膚外因性(N) スコア | 手評 |
| 皮膚 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| 四肢 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| 面部 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| 会陰部 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| 皮膚外因性(N) スコア | 手評 |
| 皮膚 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| 四肢 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| 面部 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| 会陰部 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |

皮膚外因性(D) 重症度

- D1: 3スコア0～2 (early cutaneous IP)
 D2: 3スコア3～5 (pre-severe cutaneous IP)

皮膚外因性(N) 重症度

- N1: なし (no neurological signs)
 N2: 3スコア1～4 (presymptomatic neurological IP)
 N3: 3スコア5～ (definite neurological IP)

XPの重症度分類

- ステージ1: D1+N0
 ステージ2: D2+N0, D1+N1
 ステージ3: D3+N0, D1+N2, D2+N1
 ステージ4: なし D3+N3, D3+N4, N

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

- | | | |
|-------|--|--|
| 使用の有無 | なし | |
| 導管留置 | 直管 单 重 手 潜瘻の有無 | 1.あり 2.なし |
| 機械 | 1.未近似管: 未した人工呼吸器 2.最マスク又は面マスクをした人工呼吸器 | |
| 通気装置 | 1.強大的通気: 2.弱弱通気: 3.呼吸支持: 4.呼吸支持: 5.呼吸支持 | |
| 生活状況 | 食事
口腔□部分のみ □全嚥道
咳嗽
口腔□部分のみ不可能
人浴
口腔□部分のみ不可能
服薬指導
口腔□部分のみ不可能
排便コントロール
口腔□部分のみ不可能 | 呼吸とペントル作動 □口腔□喉嚿の不可能
トイレ排便 □口腔□喉嚿の不可能
歩行 □口腔□喉嚿の不可能
喂管食 □口腔□喉嚿の不可能
排便コントロール □口腔□喉嚿の不可能 |

医療機関名	都立医療センター	
医療機関所在地	東京都文京区	
医師の氏名	中村	
印	記載欄: 年度: 年 月 日	捺印欄: または押印のこと

* 連絡先の記入欄へ、連絡先を記入して、診療用紙にかかる連絡用紙用紙へ記入して下さい。お問い合わせ用紙用紙へ記入して下さい。

* 連絡用紙用紙へ記入して下さい。連絡用紙用紙へ記入して下さい。

* 連絡用紙用紙へ記入して下さい。連絡用紙用紙へ記入して下さい。

* 連絡用紙用紙へ記入して下さい。連絡用紙用紙へ記入して下さい。

160 先天性魚鱗症

■ 基本情報

受取者番号	吉川愛里								
性別	男(♂)	女(♀)							
郵便番号	437-0033								
生年月日	西暦 西 年 月 日	西 西 年 月 日	西 西 年 月 日	西 西 年 月 日	西 西 年 月 日	西 西 年 月 日			
出生地町村	名古屋市守山区								
出生地氏名(漢字ひらがな)	姓(姓)	名(名)	姓(姓)	名(名)	姓(姓)	名(名)			
既往歴	なし								
発症の時期 既往歴を有して、1歳未満で発症。性別:男 性別:女性 年齢:1歳 性別:女性 年齢:1歳									
発症月日	西暦 西 年 月 日								
主治療院	名古屋市守山区立病院								
受診回数	L.見合	M.要支援	N.なし	O.要介護	P.1	Q.2	R.3	S.4	T.5
生活状況									
精神的状態	L.歩き回るのに問題ない	M.歩き回るのに問題がある	N.寝起きで少し困る	O.寝起きでかなり困る	P.寝起きで非常に困る	Q.寝起きで非常に困る			
心拍数の管理	なし								
体温の監視	L.問題ない	M.少し問題がある	N.問題がある	O.問題がある	P.問題がある	Q.問題がある			
尿失禁	L.なし	M.少し問題ある	N.問題ある	O.問題ある	P.問題ある	Q.問題ある			
不眠・不適感	L.問題ない	M.中程度	N.多くてやめられない	O.非常に困る	P.非常に困る	Q.非常に困る			

■ 認知症に関する事項

症状の観察、経過、特記すべき事項など

先天性魚鱗症の細かい点(該当する分類に□を記入する)					
<input type="checkbox"/> 初期第1：ケラチン蛋白質異常	<input type="checkbox"/> ○ 初期第2：消化器魚鱗症				
<input type="checkbox"/> 初期第3：脂質過剩症候群/脂質代謝異常	<input type="checkbox"/> ○ 初期第4：頭髄膜症候群				

A. 症状

細胞内に、出生時に新生児期、全身、または、皮膚の表面に何らかの変化が見られる。

B. 検査履歴

又嘗て生じて初めて他の症状を認めら

C. 総合評価

以下の内容を鑑別し、全て当てはまる、最もできれいに□を記入する。
□ 後天性魚鱗症 ○先天性魚鱗症 □ 遺伝子検査による鑑別確定

D. 進行状況(該当する項目に□を記入する)

患云候の実現
□ 難能可及性 ①性別 : 男(♂) ②年齢 : 未定
□ 性別:男(♂) 可能性 ①性別 : 女(♀) ②年齢 : 未定
□ 性別:女(♀) 可能性 ①性別 : 男(♂) ②年齢 : 未定
□ 性別:男(♂) 可能性 ①性別 : 女(♀) ②年齢 : 未定

<診断のカテゴリー> (該当する項目に□を記入する)

- Definite : AおよびBを満たし、Cの鑑別すべき疾患を除外し、Dを満たすもの
 Probable : AおよびBを満たし、Cの鑑別すべき疾患を除外したもの
 Possible : AおよびBを満たすもの
 Uncertain : 未定

医療機関名	吉川愛里					
医療機関住所	437-0033					
医療機関番号						
医師の氏名						
印：施設印押上 年 月 日 受付者または署名のこと						

・お読みください。不適切な、もとより無効にして、施設番号に記載された場合は、必ず別紙用印を用いておこなってください。
 いたゞく、吉川愛里の印を用いて記載してあります。他の患者の印を用いて記載してあります。
 ・お読みください。吉川愛里の印を用いて記載してあります。他の患者の印を用いて記載してあります。
 ・お読みください。吉川愛里の印を用いて記載してあります。他の患者の印を用いて記載してあります。
 ・お読みください。吉川愛里の印を用いて記載してあります。他の患者の印を用いて記載してあります。
 ・お読みください。吉川愛里の印を用いて記載してあります。他の患者の印を用いて記載してあります。

■ 重症度分類に関する事項

各個別重症度スコア(シグマ)最高スコアは 10 + 3/10 + C + D + E = () 点 (0~100 点)

二級症度		二級症度以上 3点迄範囲		二級症度以上	
A	神経機能の衰弱 () % (0~100%)	B	日常生活に支障のある運動 () % (0~100%)	C	日常生活に支障のある運動 () % (0~100%)
D	日常生活に支障のある運動 () % (0~100%)	E	日常生活に支障のある運動 () % (0~100%)	F	日常生活に支障のある運動 () % (0~100%)
(1) 脳梗・脳	0なし	1軽度 (少しご苦痛)	2中度 (やや苦痛)	3重度 (強烈な苦痛)	4最重度 (痛風)
(2) 関節・筋	0なし	1軽度 (少ししびれ)	2中度 (ややしびれ)	3重度 (めまい)	4最重度 (倒れる)
(3) 呼吸の負担	0なし	1軽度 (まよひき)	2中度 (ややまよひき)	3重度 (息切れ)	4最重度 (呼吸困難)
(4) 術式 (最も影響の強い部位)	0なし	1軽度 (少し困る)	2中度 (やや困る)	3重度 (めまい)	4最重度 (倒れる)
(5) 皮膚の発赤	0なし	1軽度 (まよひき)	2中度 (ややまよひき)	3重度 (痛風)	4最重度 (筋肉痛)
(6) 瞳孔・手	0なし	1軽度 (まよひき)	2中度 (ややまよひき)	3重度 (めまい)	4最重度 (倒れる)
(7) 四肢・足	0なし	1軽度 (まよひき)	2中度 (ややまよひき)	3重度 (めまい)	4最重度 (倒れる)
(8) 呼吸困難	0なし	1軽度 (まよひき)	2中度 (ややまよひき)	3重度 (めまい)	4最重度 (倒れる)
(9) 肺	0なし	1軽度 (まよひき)	2中度 (ややまよひき)	3重度 (めまい)	4最重度 (倒れる)
(10) 口呼吸	0なし	1軽度 (まよひき)	2中度 (ややまよひき)	3重度 (めまい)	4最重度 (倒れる)

■ 重症度変動における重症度平均

(1) 日間の重症度合計を算出し、その平均を記入している

(2) 初期平均：日常生活の範囲に於ける重症度合計を記入

(3) 精神状態評価：0点～10点

(4) 明暗度：Geh-Price 分類 (該当する項目に□を記入する)

□ クラスA (見え = 5~6点) □ クラスB (中程度 = 7~9点) □ クラスC (重度 = 10~15点)

(5) 重度認知症との鑑別検査: Barthel Index (合計 10)

食事	<input type="checkbox"/> 1日2回以上 <input checked="" type="checkbox"/> 2回介助 <input type="checkbox"/> 3全介助	<input type="checkbox"/> 4寝食とも <input type="checkbox"/> 5食事のみ <input type="checkbox"/> 6寝食とも <input type="checkbox"/> 7全介助	<input type="checkbox"/> 8寝食とも <input type="checkbox"/> 9食事のみ <input type="checkbox"/> 10寝食とも <input type="checkbox"/> 11全介助
整容	<input type="checkbox"/> 1自己介助 <input type="checkbox"/> 2部分介助 <input type="checkbox"/> 3全介助	<input type="checkbox"/> 4介助 <input type="checkbox"/> 5部分介助 <input type="checkbox"/> 6全介助	<input type="checkbox"/> 7介助 <input type="checkbox"/> 8部分介助 <input type="checkbox"/> 9全介助
入浴	<input type="checkbox"/> 1自己介助 <input type="checkbox"/> 2部分介助 <input type="checkbox"/> 3全介助	<input type="checkbox"/> 4介助 <input type="checkbox"/> 5部分介助 <input type="checkbox"/> 6全介助	<input type="checkbox"/> 7介助 <input type="checkbox"/> 8部分介助 <input type="checkbox"/> 9全介助
排泄	<input type="checkbox"/> 1自己介助 <input type="checkbox"/> 2部分介助 <input type="checkbox"/> 3全介助	<input type="checkbox"/> 4介助 <input type="checkbox"/> 5部分介助 <input type="checkbox"/> 6全介助	<input type="checkbox"/> 7介助 <input type="checkbox"/> 8部分介助 <input type="checkbox"/> 9全介助
対接コンタクト	<input type="checkbox"/> 1自己介助 <input type="checkbox"/> 2部分介助 <input type="checkbox"/> 3全介助	<input type="checkbox"/> 4介助 <input type="checkbox"/> 5部分介助 <input type="checkbox"/> 6全介助	<input type="checkbox"/> 7介助 <input type="checkbox"/> 8部分介助 <input type="checkbox"/> 9全介助

■ 基本情報

患者番号		姓(漢字)	姓(カナ)	姓(ローマ字)
郵便番号	住所			
生年月日	西暦	年 月 日	西暦 年 月 日	西暦 年 月 日
当直勤務科				
当直勤務名(定型のある場合)	姓(漢字)	姓(カナ)	姓(ローマ字)	名(漢字)
家族歴	1. あり なし	× 不問		
	祖先者(親方) 2. 父母 3. 子 4. 同胞(双生) 5. 同胞(女性) 6. 兄妹(女)			
	7. 補助(父) 8. 親方(母) 9. 弟妹(弟) 10. いとこ 11. その他 12. 離婚 13. -			
既往歴				
既往歴	西暦 年 月			
既往歴	今既往	1. 特介既 2. 既往既 3. なし	要介護度	1 2 3 4 5
生活歴				
行動の特徴	1. 歩き回るのに苦痛なし。 2. いくくらう問題であろう。	3. 届ききりでから		
行動の特徴	1. 行走や着替えに問題なし。 2. いくくらう問題があつろ。	3. 自分でできる。		
歩く時の注意	1. 困難なし。	2. いくくらう問題はある。	3. 行きたい。	
歩く時の注意	1. なし。	2. 中程度である。	3. もつとも	
不快／不快さなし	1. 開放感なし。 2. 中程度。	3. ひどく不快感ありと云ふさぎあいでいる。		

■ 診断記録に関する事項

症状の概要、経過、特記すべき事項など

A. 症状

- 1. 術前に多発する、麻痺性症状
- 2. 变容に未だする、新鮮な未発達な肉芽
- 3. 口唇部脣を含む粘膜の中立性粘液もよびてん

B. 検査所見 評価する項目に□を記入する

- 1. 手筋の反射的疼痛有り
 - 2. 血皮下組織を認める
 - 3. 乳頭筋留置部位にカリボトックス注入が再発を認める
- 二 症状の伝導束異常
- 一 皮膚の皮脂腺細胞・神経の変化を認める
 - 二 皮膚の汗腺細胞・神経の変化を認める
 - 三 我らの細胞起きてたはCIELO(丘陵部)皮膚に以下のような所見を認める
 - 1. 静止皮膚
 - 2. 血管筋肉
 - 3. 不規則
- 静止皮膚により、血中の吸収又は肥厚(3点)を認める
- 1. 静止 糖尿病
 - 2. 吸収
 - 3. 肥厚
- CIELO(丘陵部)より、血中の皮膚神経(3点)を検討する。
- 1. 静止 痉挛性
 - 2. 吸収
 - 3. 肥厚
- 丘陵部(3点)より、血中の皮膚神経(3点)を検討する。
- 1. 静止 痉挛性
 - 2. 吸収
 - 3. 肥厚
- CIELO(丘陵部)にて、血中の皮膚神経(3点)を検討する。
- 1. 静止 痉挛性
 - 2. 吸収
 - 3. 肥厚

C. 病理診断

- 以下の箇所を鑑別し、全て除外できき、除外できき剖面(2点)を記入する。
- | | |
|------|-------|
| □既往歴 | □発育不全 |
| □既往歴 | □発育不全 |
- 既往歴

<診断のカテゴリー> (該当する項目に□を記入する)

Define: 以下2つ又はそれ以下のもの

- 1. Aのうち1項目以上に亘るしきい値以上のうち1項目以上を満たし、その結果でべき障害を始めたもの
- 2. Aのうち1項目以上に亘るしきい値以上を満たし、その結果でべき障害を併存したもの
- 3. 4. □未記入

■ 検査所見

検査種別	1. ある 2. なし 3. 不明
神経機能・神経器質	1. ある 2. なし 3. 不明
骨格筋・筋膜・筋肉・筋子	1. ある 2. なし 3. 不明

■ 検査所見

血清蛋白量	1. 超過 2. 未達 3. 不明
尿中白蛋白排泄量	1. 超過 2. 未達 3. 不明

■ 重症度分類に関する事項

以下の各部位の該当する点数に□をつけて、それぞれ合計値を記入し、最下段の重症度の該当する項目に記入する

部位	点数	疾患	部位	点数	疾患
頭部・顔面	0・1・2・3・5・10	頭部・顔面	四肢	0・1・2・5・10	四肢
胸部	0・1・2・3・5・10	胸部	上肢	0・1・2・5・10	上肢
胸郭	0・1・2・3・5・10	胸郭	下肢	0・1・2・3・5・10	下肢
左上肢	0・1・2・3・5・10	左上肢	右上肢	0・1・2・3・5・10	右上肢
手	0・1・2・3・5・10	手	上腕	0・1・2・3・5・10	上腕
臀部	0・1・2・3・5・10	臀部	下腿	0・1・2・3・5・10	下腿
陰部	0・1・2・3・5・10	陰部	足	0・1・2・3・5・10	足
背部	0・1・2・3・5・10	背部	脚部	0・1・2・3・5・10	脚部
左下肢	0・1・2・3・5・10	左下肢	右下肢	0・1・2・3・5・10	右下肢
右下肢	0・1・2・3・5・10	右下肢	脚部	0・1・2・3・5・10	脚部
足	0・1・2・3・5・10	足	会陰	0・1・2・3・5・10	会陰
会陰	/120			/120	
■ 重症度	□軽度±1点	□中度±3点	□重度±6点	□最高±8点	
	□軽度±1点	□中度±3点	□重度±6点	□最高±8点	

■ 人工呼吸器に関する事項(使用者のみ記入)

使用部位	1.あり	2.無	3.未記入	4.重複	5.不記入
呼吸器	西暦 年 月	離脱の史込み	1.あり なし		
部位	1.2.等級等に介した人口呼吸器 2.吸・呼メカニズム等を介した人口呼吸器				
進行状況	1.順利的逆行 2.代回転 3.脳死逆行 4.呼吸停止				
半胱氨酸	走行 □部分介助 □全介助 離脱とペーパード間の離脱	□自己	□完全介助 □部分介助 □全介助	□自己	□完全介助 □部分介助 □全介助
管路	□自己 □部分介助不可能 トイレ動作			□自己	□完全介助 □部分介助 □全介助
人浴	□自己 □部分介助不可能 呼吸			□自己	□完全介助 □部分介助 □全介助
離脱装置	□自己 □部分介助 □不走 離脱			□自己	□完全介助 □部分介助 □全介助
排便コントロール	□自己 □部分介助 □全介助 腹膜コントロール			□自己	□部分介助 □全介助

医療機関名

医療機関名	医療機関番号
運営部門名	(会員登録用)

印：上欄年月：平成 月 日 氏名 姓(漢字) 姓(カナ) 姓(ローマ字)

※前欄に記入する場合は、必ず上欄に記入して下さい。複数枚提出する場合は、複数枚提出用紙用の用紙を用いて下さい。

（ただし、当該機関へ赴きた場合は、必ず記入して下さい）

※前欄に記入しない場合は、書類の伝送等から付けて提出して下さい。複数枚提出する場合は、複数枚提出用紙用の用紙を用いて下さい。

（ただし、当該機関へ赴きた場合は、必ず記入して下さい）

※複数枚提出する場合は、複数枚提出用紙用の用紙を用いて下さい。

牛乳	食事	<input type="checkbox"/> 自己二部会合型 口会合	歯磨子とペッタリ固めの砂糖	<input type="checkbox"/> 自己二部会合型 口会合
豆乳		<input type="checkbox"/> 自己二部会合型不可	トライ動作	<input type="checkbox"/> 自己二部会合型 口会合
八分		<input type="checkbox"/> 自己二部会合型不可	ジヤ	<input type="checkbox"/> 自己二部会合型 口会合
歯磨子		<input type="checkbox"/> 自己二部会合型 口不能	音符	<input type="checkbox"/> 自己二部会合型 口会合
歯磨子コントロール		<input type="checkbox"/> 自己二部会合型 口会合	音符コントロール	<input type="checkbox"/> 自己二部会合型 口会合

医療機関名	新宿区立看護専門学校
医療機関所在地	東京都新宿区西早稲田1-1-1
医療機関電話番号	03-5360-1111
医療機関氏名	田中 晴美
印	記載年月日：平成21年1月1日
※自己直ちに記入のこと	

※記載欄ごとに複数回記入して、該欄を繰り返す場合は、該欄の最後の1行を記入して下さい。
※記入する欄を誤って記入して下さい。該欄を記入して下さい。
※該欄は記入する場合は、該欄に記入して下さい。該欄を記入して下さい。
※該欄は該欄に記入して下さい。該欄を記入して下さい。該欄を記入して下さい。
※該欄は該欄に記入して下さい。該欄を記入して下さい。

165 肥厚性皮膚骨膜症

□ 新規 □ 更新

■ 基本情報					
受付者番号	名義印	姓ふくみ	名はづみ		
郵便番号	住所				
生年月日	年	月	日	性別	1 男 2 女
当院初回料				診療料	
当院登録氏名 (変更のみの場合)	姓ふくみ	名はづみ	姓ふくみ	名はづみ	
就業歴	1.あり 2.なし 3.不明	就業者種別 1.父 2.母 3.子 4.同居(男) 5.同居(女性) 6.祖父(父) 7.祖母(父) 8.祖父(母) 9.祖母(母) 10.いとこ 11.その他 職業 ()			
就業年月	西暦 年 月				
社会保障	介護認定	1.要介護 2.要支援 3.なし	要介護度	1 2 3 4 5	
生活機能					
行動の変化	1.歩き回るのに苦痛なし 2.いいから御馴染である 3.寝たきりである	1.歩き回るのに苦痛なし 2.いいから御馴染である 3.寝たきりである			
より歩くの理解	1.歩道や階段で理解しない 2.いろいろ御馴染である 3.自分でできない	1.歩道や階段で理解しない 2.いろいろ御馴染である 3.自分でできない			
歩く人の理解	1.歩き歩かない 2.いろいろ御馴染である 3.行うことができない	1.歩き歩かない 2.いろいろ御馴染である 3.行うことができない			
歩く人の快適	1.歩き 2.中程度ある 3.ひどい	1.歩き 2.中程度ある 3.ひどい			
不況/不景気感	1.歩き歩かない 2.中程度 3.ひどく歩き歩かないふさぎ込んでいる	1.歩き歩かない 2.中程度 3.ひどく歩き歩かないふさぎ込んでいる			

■ 診断基準に関する事項

症状の頻度、経過、特記すべき事項など

A 症状	
1.歩き回る困難 (歩き難)	1.あり 2.なし 3.不明
2.歩道などを上する活動性低度	1.あり 2.なし 3.不明
3.空間的距離変化	1.あり 2.なし 3.不明
4.頭部運動制限	1.あり 2.なし 3.不明

B 症状階層 (該当する項目に□を記入する)

以下に該当するもので、既に記載している場合は□を記入する。	
1.全般動作可 2.動作不可 3.不明	
□ ① 二度会合型大脳皮質部症 (secondary hypertrrophic osteoarthropathy)	
□ ② 骨膜炎/骨膜肥厚症 (osteomyelitis/osteophytosis)	
□ ③ 関節炎 (arthrosis)	

C 症状階層 (該当する項目に□を記入する)

過去子孫発生歴	
1. 実験 2. 実験	
□ ④ 既往歴	

＜診断基準＞ (該当する項目に□を記入する)

□ Definite 完全型 Aから4項目すべて該当するもの	
□ Definite 不完全型 Aから3つ以上が該当するが、B項目に対する該当性を除外したもの	
□ Probable A項目とよく満足した結果でAを該当とし、Cを満足するもの	
□ Possible Aから2つ以上が該当しBの該当に対する該当を認めしたもの	
□ 未だ診断に至っていない	

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に□を記入する)

症状	軽症度	重症度
四肢	<input type="checkbox"/> 支撑可能歩行	
	<input type="checkbox"/> 前腕に支撑可能歩行	
	<input type="checkbox"/> 前腕と支撑歩行可能歩行	
	<input type="checkbox"/> 前腕と支撑歩行不可能歩行	
腰痛	<input type="checkbox"/> 支撑歩行可能歩行	
	<input type="checkbox"/> 支撑歩行可能歩行	
	<input type="checkbox"/> 支撑歩行可能歩行	
	<input type="checkbox"/> 支撑歩行不可能歩行	
筋肉	<input type="checkbox"/> 筋肉水腫なし、可動範囲正常なし	
	<input type="checkbox"/> 筋肉水腫あり、可動範囲正常なし	
	<input type="checkbox"/> 筋肉水腫あり、可動範囲減少あり	
	<input type="checkbox"/> 筋肉水腫あり、可動範囲消失あり	
下肢	<input type="checkbox"/> 下肢の腫脹、疼痛なし	
	<input type="checkbox"/> 下肢の腫脹、疼痛あり、歩行できる	
	<input type="checkbox"/> 下肢の腫脹、疼痛あり、歩行できない	
	<input type="checkbox"/> 下肢の腫脹、疼痛あり、正座できない	
リンパ管	<input type="checkbox"/> 浅部リンパ管正常なし	
	<input type="checkbox"/> 浅部リンパ管あり、可動範囲正常なし	
	<input type="checkbox"/> 浅部リンパ管あり、可動範囲減少あり	
	<input type="checkbox"/> 浅部リンパ管消失	
筋肉	<input type="checkbox"/> 下肢の腫脹、疼痛なし	
	<input type="checkbox"/> 下肢の腫脹、疼痛あり、歩行可能	
	<input type="checkbox"/> 下肢の腫脹、疼痛あり、歩行不可能	
	<input type="checkbox"/> 下肢の腫脹、疼痛あり、正座できない	
筋膜	<input type="checkbox"/> 筋膜を穿刺すると出血がある。また皮脂漏出液や吸収小胞 (1年以内) がある	
	<input type="checkbox"/> 筋膜を穿刺すると出血がある。また皮脂漏出液や吸収小胞 (1年以上) がある	
	<input type="checkbox"/> 筋膜を穿刺すると出血がある。また皮脂漏出液や吸収小胞 (1年以上) がある	
	<input type="checkbox"/> 筋膜を穿刺すると出血がある。また皮脂漏出液や吸収小胞 (1年以上) がある	
低カリウム血症	<input type="checkbox"/> 低カリウム血症	
	<input type="checkbox"/> 低カリウム血症 (骨筋肉筋膜症に因るもの)	
	<input type="checkbox"/> 低カリウム血症 (皮膚病変)	
	<input type="checkbox"/> 低カリウム血症 (骨筋肉筋膜症と併発される)	
非特異性多発性小脳病変	<input type="checkbox"/> 非特異性多発性小脳病変	
	<input type="checkbox"/> 非特異性多発性小脳病変と併発される	
	<input type="checkbox"/> 非特異性多発性小脳病変と併発される (伴)	
	<input type="checkbox"/> 非特異性多発性小脳病変と併発される (伴)	

注: 診断は指定箇所の「非特異性多発性小脳病変症」が診断基準による

＜治療法＞

治療基準: 四肢骨筋膜、ご重複度 1.なし 2.実施せず 3.不明	1.なし 2.実施せず 3.不明
治療度合: 1.歩行可、歩行困難なままだ。2.歩行可、歩行困難なままだ。3.歩行可、歩行困難なままだ	1.歩行可、歩行困難なままだ

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

呼吸用血管	上通り		
導管	年 月	導管の見え方	1.あり 2.なし
呼吸	1.又は初期化された人の呼吸器 2.鼻マスク又はマスクを介した人工呼吸器		
施行部位	1.開胸的施行 2.腹腔-肺被膜に穿刺 3.一呼吸施行 4.現在の実施部位		
呼吸器	呼吸	口鼻式 1.部分会合型 2.全会合型	
	食事	<input type="checkbox"/> 口鼻式 1.部分会合型 2.全会合型	
	便器	<input type="checkbox"/> 口鼻式 1.部分会合型 2.全会合型	
	入浴	<input type="checkbox"/> 口鼻式 1.部分会合型 2.全会合型	
	麻酔	<input type="checkbox"/> 口鼻式 1.部分会合型 2.全会合型	
呼吸コントロール	<input type="checkbox"/> 口鼻式 1.部分会合型 2.全会合型	<input type="checkbox"/> 呼吸コントロール	<input type="checkbox"/> 口鼻式 1.部分会合型 2.全会合型

医療器具名

器具名	備考欄
医療器具化粧	()

医療器具名

器具名	備考欄
印 記載年月日 年 月 日	→自己直ちに記入のこと

・各部の印用: 本紙用印、施設用印等で、その上に記載した印と同一の印で、いずれも再び用いたり、交換したりして下さい。

・印用印: 本紙用印、施設用印等で、同一の印で、何回も用いて下さい。

・印用印: 本紙用印、施設用印等で、同一の印で、何回も用いて下さい。

・印用印: 本紙用印、施設用印等で、同一の印で、何回も用いて下さい。

・印用印: 本紙用印、施設用印等で、同一の印で、何回も用いて下さい。

・印用印: 本紙用印、施設用印等で、同一の印で、何回も用いて下さい。

106 強性繊維性伝染性黄色腫

□ 新規 □ 更新

■ 基本情報

登録番号	
既往歴	老齢の病歴
別種番号	住所
生年月日	年 月 日 性別 男 女 1号 2号 3号 4号 5号
出生地	日本
既往既存疾患の有る場合	姓(姓) 名(名前) 氏名(姓) 名(名前)
既往歴	1. あり 2. なし 3. 不明 発症部位 1. 皮膚 2. 両 眼 3. 頭髪 (男性) 4. 頭髪 (女性) 5. 回転 (父方) 6. 回転 (母方) 7. 離乳 (父方) 8. 離乳 (母方) 9. 離乳 (母方) 10. その他 11. その他 症状 ()
既往に月	年 月
既往既存疾患	1. 家族歴 2. 既往歴 3. なし 4. 不明
生活状況	1. 歩き回れるのに問題ない 2. いくらか問題がある 3. 限界まである
歩行の機能	1. 歩きや筋肉炎に問題ない 2. いくらか問題がある 3. 自分でできなくなる。
ふみ入りの活動	1. 問題ない 2. いくらか問題がある 3. 行うことができない
寝込み / 伏せ寝	1. なし 2. 中程度から 3. むづむづ
不ぞい / 不ぞぎみ	1. 開かない 2. 中程度 3. ひどく不ぞありやせんさはない

■ 診断基準に関する事項

症状の概要、経路、特徴すべき事象など

A. 診断項目 (該当项目的前頭について診断基準の用語を記述すること)

① 皮膚内突起がある	1. あり 2. なし 3. 不明
② 皮膚表面皮膚で触覚皮膚に硬化化をともなう変化がある	1. あり 2. なし 3. 不明
③ 神經性皮膚炎 (亜急性) がある	1. あり 2. なし 3. 不明
④ 他の皮膚疾患がない	1. あり 2. なし 3. 不明

B. 関連疾患

以上の項目を満たすもので、認めたとき同時に記入する	1. 全ての項目 2. 少なくとも3つ 3. 不明
初期皮膚症状を呈するもの	
初期皮膚症状を呈するもの	
初期皮膚症状を呈するもの	

<診断のカテゴリー>

I. 審査: a. (AとBがともに) 3つ以上 b. (AとBのうち) 2つ以上の要素を認めた場合	1. 権限者 2. 判定者 3. 不明
II. 審査: (AとBがともに) 2つ、または(AとCがともに)	1. 権限者 2. 判定者 3. 不明
審査判定であり、Bの疾患を全て除外できる	1. 権限者 2. 判定者 3. 不明

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に□を記入する)

重症度分類			
□S1 なし	□S2 肉眼にて	□S3 肉眼にて触診にて認められる	□S4 触診にて下記のうち
■既往既存疾患: 1. 皮膚硬膜・関節とともに、良性ながん細胞の既往病歴を有する	□D1 健正视力 0.7 以上、かつ馬鹿眼を認める	□D2 健正视力 0.7 以上、3つ馬鹿眼を認める	□D3 健正视力 0.3 未満、3つ馬鹿眼を認める
■既往既存疾患: 2. 皮膚硬膜・関節とともに、悪性ながん細胞の既往病歴を有する	□E1 健正视力 0.7 以上	□E2 健正视力 0.3 未満	□E3 健正视力 0.3 未満、3つ馬鹿眼を認める
心・血管疾患 (□)			
□G1 脳梗塞既往なし	□G2 慢性心筋症にて、代偿能あり (負荷心電図にて異常あり)	□G3 心筋梗塞の既往あり	
■既往既存疾患	□P1 術後なし	□P2 術後既往あり	□P3 心筋梗塞や心臓発作の既往あり
■既往既存疾患	□R1 術後なし	□R2 術後既往あり	□R3 術後心筋梗塞や心臓発作の既往あり
骨			
□B1 骨肉腫なし	□B2 既往既存疾患なし	□B3 術後骨肉腫を認めた既往する	□B4 術後既往なし、手術既往を除く既往する
皮膚			
□D1 両かほ脚部既往なし (右側区分: 自立)	□D2 日常の動作困難が持続なしに行える (右側区分: 走挙枝-1)	□D3 日常の動作困難が持続する (右側区分: 走挙枝-2)	
□D4 左かほ脚部既往なし (左側区分: 乗介車-1)	□D5 左かほ脚部既往なし (左側区分: 乗介車-2)	□D6 左かほ脚部既往なし (左側区分: 乗介車-3)	
■既往既存疾患	□G1 両かほ脚部既往なし (左側区分: 乗介車-1)	□G2 両かほ脚部既往なし (左側区分: 乗介車-2)	□G3 両かほ脚部既往なし (左側区分: 乗介車-3)
<高齢者分類>			
皮膚、眼、心・血管、消化器のうち、いずれかの要素で健常 (S1, E1, G1-3, P1, R1-3, B1-3) を有する	1. 適応	2. 不適応	3. 不明

■ 体外式補助人工心肺に関する事項 (使用者のみ記入)

使用目的	1.あり
■既往既存疾患	1.あり 2.なし

■ 人工呼吸装置に関する事項 (使用者のみ記入)

定期的有無	1.あり
■既往既存疾患	1.あり 2.なし

■ 人工呼吸装置に関する事項 (使用者のみ記入)

定期的有無	1.あり
■既往既存疾患	1.あり 2.なし
定期的有無	1.あり
■既往既存疾患	1.あり 2.なし
定期的有無	1.あり
■既往既存疾患	1.あり 2.なし

既往既存疾患	
既往既存疾患	

