

157 スタージェージャーバー金機群

■ 基本情報

受給者番号					
姓(姓)	名(姓)	姓(イイ)	名(イイ)		
郵便番号	住所				
生年月日	性別	年	月	日	性別 1.男 2.女
出生地(町村)					
出生時氏名(変更のある場合)	姓(イイ)	名(イイ)	姓(イイ)	名(イイ)	
病歴	1.あり 2.なし 3.不明 腎臓病 1.なし 2.あり 3.不明 4.腎臓(男性) 5.腎臓(女性) 6.糖尿病 7.高血圧(文字) 8.肺炎(文字) 9.肺がん(文字) 10.心臓病 11.その他 12.その他				
退任年月	退任 年 月				
生体状態	1.死亡 2.要介護 3.なし 4.要介護 5.1 6.2 7.3 8.4 9.5				
生体状況					
移動の程度	1.歩き回ることができない 2.いづれか側面がある 3.杖を必要とする				
身の回り管理	1.洗面や着替えに問題がない 2.トイレに問題がある 3.排便できない				
ぶだんの管理	1.問題がない 2.いづれか側面がある 3.行うことができない				
浴巾/タオル	1.なし 2.半程度 3.ひどい				
不潔/ふききり	1.問題がない 2.半程度 3.ひどく不潔な状態に達している				

■ 診断結果に関する事項

症状の概要、経過、特記すべき事項など

--	--

A. 症状

1.てんかん発作	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
てんかん発作(夜間発作)	<input type="checkbox"/> 全発作	<input type="checkbox"/> 部分発作	<input type="checkbox"/> 夜間部分発作	<input type="checkbox"/> 二次発作
2.認知機能低下	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
3.行動異常	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
4.睡眠障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
5.精神症状	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			

B. 検査結果

1.画像検査結果				
2.脳脊髄液検査結果	1.異常 2.非該当 3.不明			
3.CT検査結果	1.異常 2.非該当 3.不明			
4.PET検査結果	1.異常 2.非該当 3.不明			
5.生体組織検査結果	1.異常 2.非該当 3.不明			

C. 遺伝学的検査

遺伝子検査の結果	1.異常 2.非該当			
変異のあった遺伝子	<input type="checkbox"/> APOE <input type="checkbox"/> その他の遺伝子			

医師情報	
医師情報所在地	
医師の氏名	

医師情報に誤りがある場合は、必ず訂正して、医師情報更新の申請を提出してください。訂正の申請は、医師情報更新の申請と同時に提出してください。

医師情報更新の申請は、医師情報更新の申請と同時に提出してください。

医師情報更新の申請は、医師情報更新の申請と同時に提出してください。

医師情報更新の申請は、医師情報更新の申請と同時に提出してください。

D. 診断書

以下の内容を記載し、空白を除き、空白で記入可能な箇所は記入する。	1.診断書 2.非該当 3.不明
以下の項目は特記事項を記載する。	

<診断書のカテゴリ> (該当する項目に☑を記入する)

<input type="checkbox"/> 認知症(診断書) 1.あり 2.なし 3.不明	<input type="checkbox"/> 認知症(診断書) 1.あり 2.なし 3.不明
<input type="checkbox"/> 認知症(診断書) 1.あり 2.なし 3.不明	<input type="checkbox"/> 認知症(診断書) 1.あり 2.なし 3.不明
<input type="checkbox"/> 認知症(診断書) 1.あり 2.なし 3.不明	<input type="checkbox"/> 認知症(診断書) 1.あり 2.なし 3.不明

■ 臨床所見 (該当する項目に☑を記入する)

認知症(診断書)の診断結果	1.診断書 2.非該当 3.不明
<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他	
認知症(診断書)	1.診断書 2.非該当 3.不明
<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 認知症	
認知症(診断書)	1.あり 2.なし 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)

(G40てんかん)の発作回数(区分)	1.該当 2.非該当 3.不明
ハ、ニの発作が月に1回以上ある (1級程度)	1.該当 2.非該当 3.不明
イ、ロの発作が月に1回以上ある、またはハ、ニの発作が年に2回以上ある (2級程度)	1.該当 2.非該当 3.不明
イ、ロの発作が月に1回未満、またはハ、ニの発作が年に2回未満である (3級程度)	1.該当 2.非該当 3.不明

てんかん発作のタイプ

イ、意識を失う、行動が異常になる発作

ロ、意識を失い、行為が適切でない発作

ハ、意識障害の有無を問わず、発作する発作

ニ、意識障害を伴い、状況にそぐわない行為を示す発作

(精神症状・能力低下) (2) 能力低下評価

<input type="checkbox"/> 1. 精神症状や知的障害を認めない、または、軽微な精神症状、知的障害を認めないが、日常生活における社会生活に支障をきたしている
<input type="checkbox"/> 2. 精神症状、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きたしている
<input type="checkbox"/> 3. 精神症状、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きたしており、時に応じて支援を必要とする
<input type="checkbox"/> 4. 精神症状、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きたしており、常時支援を要する
<input type="checkbox"/> 5. 精神症状、知的障害を認め、著しい制限をきたしており、日常生活に支障をきたしている

上記の精神症状評価基準所見における「G40てんかん」の発作回数(区分)および障害者総合支援法における「精神症状・能力低下(2) 能力低下評価」で、次のいずれかに該当する	1.該当 2.非該当 3.不明
<input type="checkbox"/> G40てんかんの発作回数(1級程度)で、能力低下評価1-5を満たす	
<input type="checkbox"/> G40てんかんの発作回数(2級程度)で、能力低下評価3-5を満たす	
<input type="checkbox"/> G40てんかんの発作回数(3級程度)で、能力低下評価4-5を満たす	

■ 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				
種類	1.常時使用に合わせた人工呼吸器	2.常時使用に合わせた人工呼吸器			
使用状況	1.常時的に使用 2.必要に応じて使用 3.日常使用 4.常時的に使用				
主治医	1.あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	2.あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	3.あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	4.あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	5.あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
患者	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
家族	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
介護士	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
介護士	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
介護士	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
介護士	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助

■ 基本情報

受診番号	氏名	性別	年齢	病歴	病名
初診番号	住所				
生年月日	性別	性	性別	性別	性別
出生年月日	出生地	出生地	出生地	出生地	出生地
家族歴	1. 母 2. 父 3. 兄弟姉妹 4. 祖父母 5. 叔父叔母 6. 従兄弟姉妹 7. 兄弟姉妹 8. 祖父母 9. 叔父叔母 10. その他 11. その他				
婚姻状況	1. 未婚 2. 既婚 3. 再婚 4. 離婚 5. その他				
職業	1. 学生 2. 会社員 3. 自営業 4. その他				
家族構成	1. 単身 2. 夫婦 3. 夫婦+子供 4. 夫婦+子供+祖父母 5. その他				

■ 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. 顔面や手足の色素沈着の出現	1. あり 2. なし 3. 不明
2. 顔面や手足の色素沈着の分布 (顔面や手足の色素沈着の分布)	1. あり 2. なし 3. 不明
3. 顔面や手足の色素沈着の分布 (顔面や手足の色素沈着の分布)	1. あり 2. なし 3. 不明
4. 顔面や手足の色素沈着の分布 (顔面や手足の色素沈着の分布)	1. あり 2. なし 3. 不明

B. 検査所見

1. 皮膚科検査 (皮膚鏡検査の低下、皮膚科検査機器での検査)	1. あり 2. なし 3. 不明
2. 皮膚科検査 (皮膚鏡検査の低下、皮膚科検査機器での検査)	1. あり 2. なし 3. 不明
3. 皮膚科検査 (皮膚鏡検査の低下、皮膚科検査機器での検査)	1. あり 2. なし 3. 不明
4. 皮膚科検査 (皮膚鏡検査の低下、皮膚科検査機器での検査)	1. あり 2. なし 3. 不明

C. 診断診断

以下の内容を満たし、全て当てはまる。除外できた原因は記載する。	1. 全て当てはまる 2. 除外不可 3. 不明
□ 1. 顔面や手足の色素沈着 2. 皮膚科検査 (皮膚鏡検査の低下、皮膚科検査機器での検査)	

D. 遺伝学的検査

遺伝子検査の有無	1. 実施済み 2. 未実施

医師の氏名	
医師の所属	
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、所属、住所、電話番号、メールアドレスは、必ず記載してください。また、医師の氏名、所属、住所、電話番号、メールアドレスは、必ず記載してください。

<診断のカテゴリー> (該当する項目に☑を記入する)

Definite (D)	確定診断	1. 顔面や手足の色素沈着の出現、皮膚科検査 (皮膚鏡検査の低下、皮膚科検査機器での検査) による診断が確定している場合
Probable (P)	高度疑念	1. 顔面や手足の色素沈着の出現、皮膚科検査 (皮膚鏡検査の低下、皮膚科検査機器での検査) による診断が高度疑念である場合
Possible (PO)	軽度疑念	1. 顔面や手足の色素沈着の出現、皮膚科検査 (皮膚鏡検査の低下、皮膚科検査機器での検査) による診断が軽度疑念である場合
Not possible (NP)	不確定	1. 顔面や手足の色素沈着の出現、皮膚科検査 (皮膚鏡検査の低下、皮膚科検査機器での検査) による診断が不確定である場合

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に☑を記入する)

皮膚病変 (D) スコア	重症度
顔面や手足の色素沈着	1. あり 2. なし 3. 不明
顔面や手足の色素沈着の分布	1. あり 2. なし 3. 不明
顔面や手足の色素沈着の分布 (顔面や手足の色素沈着の分布)	1. あり 2. なし 3. 不明
顔面や手足の色素沈着の分布 (顔面や手足の色素沈着の分布)	1. あり 2. なし 3. 不明
顔面や手足の色素沈着の分布 (顔面や手足の色素沈着の分布)	1. あり 2. なし 3. 不明
顔面や手足の色素沈着の分布 (顔面や手足の色素沈着の分布)	1. あり 2. なし 3. 不明
顔面や手足の色素沈着の分布 (顔面や手足の色素沈着の分布)	1. あり 2. なし 3. 不明
顔面や手足の色素沈着の分布 (顔面や手足の色素沈着の分布)	1. あり 2. なし 3. 不明

皮膚病変 (D) 重症度

□ D1: Dスコア0-2 (early cutaneous SP)	□ D2: Dスコア3-5 (pre-severe cutaneous SP)
□ D3: Dスコア6-9 (severe cutaneous SP)	

皮膚病変 (N) 重症度

□ N0: no neurological signs	□ N1: Nスコア0 (mild neurological SP)
□ N2: Nスコア1-4 (pre-severe neurological SP)	□ N3: Nスコア5-9 (severe neurological SP)

X.P 重症度の例

□ ステージ1: D1+N(0)
□ ステージ2: D2+N(0), D1+N1
□ ステージ3: D3+N(0), D1+N2, D2+N1
□ ステージ4: any D3+N2, D3+any N

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

呼吸の有無	1. あり
呼吸の種類	1. 自然呼吸 2. 人工呼吸器 3. 呼吸補助装置 4. その他
呼吸の状態	1. 良好 2. 悪化 3. 不明
生活状況	1. 在宅 2. 入院 3. その他
食事	1. あり 2. なし 3. 不明
入浴	1. あり 2. なし 3. 不明
排泄コントロール	1. あり 2. なし 3. 不明

□ 新規 □ 更新

■ 基本情報

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

■ 診断基準に関する事項

Form for recording symptoms and signs.

A. 症状

Form for recording symptoms like skin temperature and sweating.

B. 検査結果

Form for recording test results.

C. 診断基準

Form for recording diagnostic criteria.

<診断のカテゴリー>

Form for recording diagnosis category.

■ 治療その他

Form for recording treatment and other information.

□ 新規 □ 更新

■ 基本情報

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

■ 診断基準に関する事項

Form for recording symptoms and signs.

I. 診断基準

Form for recording symptoms like skin color and lesions.

B. 検査結果

Form for recording test results.

C. 診断基準

Form for recording diagnostic criteria.

D. 治療その他

Form for recording treatment and other information.

■ 重症度分類に関する事項 (以下のスコア表を参考に、該当する項目に記を記入する)

Form for recording severity classification.

Table with 2 columns: スコア and 割合. Rows show score ranges and their corresponding percentages.

注) 温度感印の感度判定時に判定する

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Form for recording artificial respiration usage.

Form for recording hospital information.

Notes regarding data collection and reporting procedures.

<診断のカテゴリー> (該当する項目に記を記入する)

Form for recording diagnosis categories.

II. 診断基準 (眼皮膚白血症のうちどの病変であるかの診断基準)

Form for recording diagnostic criteria for eye and skin leukoderma.

<重症度分類のカテゴリー>

(A)を満足し、さらに以下を満す場合、重症度を診断する。該当する項目に記を記入する。

Form for recording severity classification criteria.

■ 治療その他

Form for recording treatment and other information.

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に記を記入する)

Form for recording severity classification criteria.

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Form for recording artificial respiration usage.

166 慢性細菌性仮性黄色腫

新規 更新

■ 基本情報

登録番号	姓(漢字)	姓(カタ)	名(カタ)
前職番号	住所		
生年月日	西暦 年 月 日	性別	1.男 2.女
出生地(国名)	1.中国 2.台湾 3.韓国 4.米国 5.その他	出生地(都道府県)	1.北海道 2.東北 3.関東 4.中部 5.近畿 6.中国 7.四国 8.九州
職業	1.なし 2.なし 3.不明 4.専業主婦(主夫) 5.主婦(主夫) 6.主婦(主夫) 7.主婦(主夫) 8.主婦(主夫) 9.主婦(主夫) 10.主婦(主夫) 11.その他 12.その他		
退院年月	西暦 年 月	1.なし 2.あり	
社会保険	1.有 2.有 3.なし 4.有 5.有	1. 2. 3. 4. 5.	
生活状況	1.歩行困難あり 2.歩行困難なし 3.杖のみあり		
移動の程度	1.歩行困難あり 2.歩行困難なし 3.杖のみあり		
身の回りの管理	1.自分でできる 2.自分でできない		
ふたりの会話	1.問題ない 2.問題あり 3.行っていない		
痛み/不快感	1.なし 2.あり		
不安/不安定感	1.問題ない 2.問題あり 3.ひどく不安がある		

■ 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. 診断項目 (各項目の詳細については診断基準の欄を参照してください)

① 皮膚病変がある	1.あり 2.なし 3.不明
② 皮膚病変が膿疱性湿疹に石灰化をともなう定形がある	1.あり 2.なし 3.不明
③ 膿疱性皮膚炎 (色素性) がある	1.あり 2.なし 3.不明
④ 膿疱性皮膚炎が定形がある	1.あり 2.なし 3.不明

B. 鑑別診断

以下の病名を鑑別し、当てはまるものを、該当する項目にチェックする。1.当てはまる 2.当てはまらない 3.不明

皮膚病変を呈するもの : Pityriasis-like papillary dermatitis Dermatitis herpetiformis Dermatitis herpetiformis Dermatitis herpetiformis
 膿疱性皮膚炎を呈するもの : Acne vulgaris Acne vulgaris Acne vulgaris Acne vulgaris Acne vulgaris
 膿疱性皮膚炎を呈するもの : Acne vulgaris Acne vulgaris Acne vulgaris Acne vulgaris Acne vulgaris

<影響のカテゴリー>

I. 障害 : A (A) または B (B) かつ C (C)	1.障害 2.軽障害 3.不明
II. 障害 : A (A) または B (B) かつ D (D)	1.障害 2.軽障害 3.不明
III. 障害 : A (A) または B (B) かつ E (E)	1.障害 2.軽障害 3.不明

■ 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)

CS0 なし	CS1 黄白色皮膚	CS2 黄白色皮膚の融合した斑	CS3 拡張し盛り上がった皮膚
<p>視力検査 (注: 矯正視力、視野ともに、両眼各々の視力値を用いる)</p> CE0 矯正視力 0.7 以上、かつ視野野が正常なし CE1 矯正視力 0.7 以上、かつ視野野が正常あり CE2 矯正視力 0.7 未満、0.3 以上、かつ視野野が正常あり CE3 矯正視力 0.3 未満、かつ視野野が正常あり			
<p>心・血管病変 (C)</p> C0 拡張性心臓病 C1 狭心症の発症なし C2 狭心症の発症あり C3 心不全の発症なし C4 心不全の発症あり C5 心不全の発症あり			
<p>腎臓病変 (K)</p> K0 腎臓病変なし K1 腎臓病変あり K2 腎臓病変あり K3 腎臓病変あり			
<p>骨・関節病変 (O)</p> O0 骨・関節病変なし O1 骨・関節病変あり O2 骨・関節病変あり O3 骨・関節病変あり			
<p>脳・神経病変 (N)</p> N0 脳・神経病変なし N1 脳・神経病変あり N2 脳・神経病変あり N3 脳・神経病変あり			
<p>その他 (S)</p> S0 脳・神経病変なし S1 脳・神経病変あり S2 脳・神経病変あり S3 脳・神経病変あり			

■ 体外式補聴人工心臓に関する事項 (使用者のみ記入)

体外式補聴人工心臓	1.あり
使用開始	西暦 年 月

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

人工呼吸器	1.あり		
使用開始	西暦 年 月	継続の状況	1.あり 2.なし
種類	1.人工呼吸器を介した人工呼吸器 2.非マスク型人工呼吸器 3.マスク型人工呼吸器		
使用状況	1.常時使用 2.必要時に使用 3.必要時に使用 4.必要時に使用		
生活状況	食事	歩行	入浴
	1.自立 2.部分介助 3.全介助	1.自立 2.部分介助 3.全介助	1.自立 2.部分介助 3.全介助
	1.自立 2.部分介助 3.全介助	1.自立 2.部分介助 3.全介助	1.自立 2.部分介助 3.全介助
	1.自立 2.部分介助 3.全介助	1.自立 2.部分介助 3.全介助	1.自立 2.部分介助 3.全介助

医師情報	氏名	〒	〒	〒	〒
医師情報	氏名	〒	〒	〒	〒
医師情報	氏名	〒	〒	〒	〒

※この欄に記入する情報は、医師情報として登録され、医師情報として登録されることとなります。
 ※この欄に記入する情報は、医師情報として登録され、医師情報として登録されることとなります。
 ※この欄に記入する情報は、医師情報として登録され、医師情報として登録されることとなります。

■ 基本情報

Form with fields for patient ID, name, address, birth date, gender, 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

Blank text area for clinical notes.

A. 症状

Form with checkboxes for symptoms like dizziness, fatigue, and chest pain.

B. 遺伝学的検査

Form with checkboxes for genetic testing results.

<診断のカテゴリ> (該当する項目に☑を記入する)

Form with checkboxes for diagnostic categories.

■ 重症度分類に関する事項

小児用 (0.8 未満) *小児慢性特定疾病の診断に準じる (併発当の場合は以下の欄の記入は不要) 1.該当 2.併発当 3.不明

Form with checkboxes for severity classification.

■ 基本情報

Form with fields for patient ID, name, address, birth date, gender, 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

Blank text area for clinical notes.

A. 症状 (該当する項目に☑を記入する)

Form with checkboxes for symptoms and clinical features.

B. 遺伝学的検査

Form with checkboxes for genetic testing results.

<診断のカテゴリ> (該当する項目に☑を記入する)

Form with checkboxes for diagnostic categories.

成人用 (併発当の場合は以下の欄の記入は不要) 1.該当 2.併発当

Form with checkboxes for adult diagnostic criteria.

■ 体外式補助人工心臓に関する事項 (使用者のみ記入)

Form with checkboxes for external artificial heart use.

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Form with checkboxes for artificial ventilation use.

Form with fields for hospital name, address, and phone number.

Printed text area for additional information.

■ 重症度分類に関する事項 (該当する項目に☑を記入する)

小児用 (0.8 未満) *小児慢性特定疾病の診断に準じる (併発当の場合は以下の欄の記入は不要) 1.該当 2.併発当

Form with checkboxes for severity classification.

成人用 (併発当の場合は以下の欄の記入は不要) 1.該当 2.併発当

Form with checkboxes for adult diagnostic criteria.

■ 体外式補助人工心臓に関する事項 (使用者のみ記入)

Form with checkboxes for external artificial heart use.

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

Form with checkboxes for artificial ventilation use.

Form with fields for hospital name, address, and phone number.

Printed text area for additional information.