

136 片側巨脳症

■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	--	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	-	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性) <input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方) <input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ <input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入							
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

症状（A）のいずれかおよび脳波所見（B-2.）にて本疾患を疑い、頭部画像所見（B-1.）にて患側大脳半球の二葉以上が対側より大きいことを確認して診断	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
--	--------------------------------	---------------------------------

A. 症状

	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
	ありの場合		
1. 難治のてんかん発作 （新生児期から乳幼児期に発症）	<input type="checkbox"/> 焦点発作	<input type="checkbox"/> てんかん性スパズム	<input type="checkbox"/> 大田原症候群の症状
	<input type="checkbox"/> 強直発作	<input type="checkbox"/> ウエスト症候群の症状	<input type="checkbox"/> その他
2. 不全片麻痺	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
3. 精神発達遅滞	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明

B. 検査所見

1. 画像検査所見：早くは新生児期またはその後の頭部 CT/MRI にて患側大脳半球が全体的あるいは部分的（二葉以上）に巨大化している	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 生理学的所見：脳波では、患側に焦点性突発性異常波を認める	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明

C. 鑑別診断

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。除外できた疾病には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可	<input type="checkbox"/> 2. 除外不可	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 巨大化しない片側性大脳皮質形成障害	<input type="checkbox"/> 限局性皮質異形成		
<input type="checkbox"/> 左右差のある多小脳回	<input type="checkbox"/> 腫瘍性病変（グリア系腫瘍）		

■ 重症度分類に関する事項：直近6か月間で最も悪い状態を記載

下記の精神保健福祉手帳診断基準における「G40 てんかん」の障害等級判定区分および障害者総合支援法における「精神症状・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"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<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のいずれかを満たす <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のいずれかを満たす <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のいずれかを満たす	

「G40 てんかん」の障害等級判定区分

<input type="checkbox"/> ハ、ニの発作が月に1回以上ある (1級程度) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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)
てんかん発作のタイプ イ. 意識障害はないが、随意運動が失われる発作 ロ. 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 ハ. 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 ニ. 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作

「精神症状・能力障害二軸評価」 (2) 能力障害評価

<input type="checkbox"/> 1. 精神障害や知的障害を認めないか、または、精神障害、知的障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通に出来る <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、身の回りのことはほとんど出来ない

症状の概要、経過、特記すべき事項など *500文字以内

(Empty box for symptoms, course, and special notes)

■ その他の事項

血液・生化学的検査・病理所見

1. 血液・生化学的検査所見：特異的所見なし	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 病理所見：神経細胞系およびグリア細胞系両方の分化・遊走・成熟障害がみられる	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明

臨床所見

基礎疾患	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	<input type="checkbox"/> 神経皮膚症候群 <input type="checkbox"/> その他の疾患 *その他の疾患を選択の場合、以下に記入		
	入		
知的障害の程度	IQ/DQ	<input type="checkbox"/> IQ <input type="checkbox"/> DQ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	もしくは	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 最重度	
外科治療	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
てんかん発作に有効であった治療法 *発作の頻度もしくは重症度が50%程度以上減少した場合を有効とする	<input type="checkbox"/> ACTH <input type="checkbox"/> CBZ <input type="checkbox"/> CLB <input type="checkbox"/> CZP <input type="checkbox"/> DZP		
	<input type="checkbox"/> ESM <input type="checkbox"/> FFA <input type="checkbox"/> GBP <input type="checkbox"/> KBr <input type="checkbox"/> LCM		
	<input type="checkbox"/> LEV <input type="checkbox"/> LTG <input type="checkbox"/> NZP <input type="checkbox"/> PB/PRM <input type="checkbox"/> PER		
	<input type="checkbox"/> PHT <input type="checkbox"/> PIR <input type="checkbox"/> RFN <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> Steroid		
	<input type="checkbox"/> STP <input type="checkbox"/> TPM <input type="checkbox"/> VGB <input type="checkbox"/> VitB6 <input type="checkbox"/> VPA		
	<input type="checkbox"/> ZNS <input type="checkbox"/> ケトン食 <input type="checkbox"/> てんかん外科 <input type="checkbox"/> VNS		
	<input type="checkbox"/> その他の治療法 *その他の治療法を選択の場合、以下に記入		
<input type="checkbox"/> その他の疾患 *その他の疾患を選択の場合、以下に記入			

137 限局性皮質異形成

■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	--	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	-	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日 <input type="text"/> <input type="text"/>	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性) <input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方) <input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ <input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入							
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

Aの1.とBの3.から限局性皮質異形成を疑い、Bの2.にて病変が確認できる

Aの1.とBの3.から限局性皮質異形成を疑い、Bの4.にてFCDタイプ1あるいはFCDタイプ2aを認める

いずれにも該当しない

限局性皮質異形成 (FCD) の診断基準

以下の9の分類から一つを選択し、を記入する

FCDタイプ1：皮質神経細胞の配列の乱れ（皮質構築異常）、異型細胞を認めない

FCDタイプ1a：皮質神経細胞の縦方向（radial）の配列異常

FCDタイプ1b：皮質神経細胞の横方向（tangential）の配列異常

FCDタイプ1c：皮質神経細胞の縦横方向の配列異常

FCDタイプ2：皮質構築異常に加え、異型細胞（dysmorphic neuronやballoon cell）を認める

FCDタイプ2a：皮質構築異常＋dysmorphic neuronのみ

FCDタイプ2b：皮質構築異常＋dysmorphic neuronおよびballoon cell

FCDタイプ3：皮質構築異常に加え、病因論的におそらく異なる他の病変を伴う

FCDタイプ3a：皮質構築異常＋海馬硬化症

FCDタイプ3b：皮質構築異常＋腫瘍性病変

FCDタイプ3c：皮質構築異常＋血管奇形

FCDタイプ3d：皮質構築異常＋その他の病変

A. 症状

	<input type="checkbox"/> 1.あり	<input type="checkbox"/> 2.なし	<input type="checkbox"/> 3.不明
てんかん発作	発症時期	<input type="checkbox"/> 乳幼児～学童期 <input type="checkbox"/> その他または不明	<input type="checkbox"/> 中学生以降
	てんかん発作型	<input type="checkbox"/> 全般起始発作 <input type="checkbox"/> 焦点意識減損発作 <input type="checkbox"/> てんかん性スパズム	<input type="checkbox"/> 焦点意識保持発作 <input type="checkbox"/> 焦点起始両側強直間代発作

B. 検査所見

1. 画像検査所見：MRI で病変が捉えられる (SPECT による局所脳血流変化は診断の参考になる) (※FCD タイプ 2b はほぼ全例、FCD タイプ 2a は 3 割程度、 FCD タイプ 1 は通常捉えられない)	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 生理学的所見：脳波では局在性異常波が記録される ※特に反復性棘波が記録されると FCD の可能性が高い。 脳磁図による双極子の集積も参考になる。	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
3. 病理所見	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 皮質神経細胞の配列が乱れ、異型細胞 (dysmorphic neuron や balloon cell) の出現を伴う <input type="checkbox"/> 皮質神経細胞の配列に乱れを認めるものの、異型細胞を伴わない	

C. 鑑別診断

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。 除外できた疾病には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可 <input type="checkbox"/> 2. 除外不可 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 種々の腫瘍 <input type="checkbox"/> 血管病変 <input type="checkbox"/> 結節性硬化症 <input type="checkbox"/> 片側巨脳症	

■ 重症度分類に関する事項

「G40 てんかん」の障害等級判定区分

- ハ、ニの発作が月に1回以上ある（1級程度）
- 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）
- 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）

てんかん発作のタイプ

- イ. 意識障害はないが、随意運動が失われる発作
- ロ. 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作
- ハ. 意識障害の有無を問わず、転倒する発作
- ニ. 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作

「精神症状・能力障害二軸評価」 (2) 能力障害評価

- 1. 精神障害や知的障害を認めないか、または、精神障害、知的障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通に出来る
- 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
- 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
- 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
- 5. 精神障害、知的障害を認め、身の回りのことはほとんど出来ない

上記の精神保健福祉手帳診断基準における「G40 てんかん」の障害等級判定区分および障害者総合支援法における「精神症状・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

1. 該当 2. 非該当 3. 不明

- 「G40 てんかん」の障害等級が1級程度で、能力障害評価1～5のいずれかを満たす
- 「G40 てんかん」の障害等級が2級程度で、能力障害評価3～5のいずれかを満たす
- 「G40 てんかん」の障害等級が3級程度で、能力障害評価4～5のいずれかを満たす

症状の概要、経過、特記すべき事項など *500文字以内かつ14行以内

■ その他の事項

症状

精神発達遅滞などの他の障害	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
---------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

検査所見

血液・生化学的検査所見：特異的所見なし	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
---------------------	--------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

遺伝学的検査

遺伝子検査の実施	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. 検査範囲内異常なし	<input type="checkbox"/> 3. 検査未実施
変異のあった遺伝子			

臨床所見

外科治療	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
異形成の局在	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
	<input type="checkbox"/> 前頭葉	<input type="checkbox"/> 側頭葉	<input type="checkbox"/> 頭頂葉
	<input type="checkbox"/> 後頭葉	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 両側
神経症状の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
	<input type="checkbox"/> 運動麻痺	<input type="checkbox"/> 不随意運動	<input type="checkbox"/> 感覚障害
	<input type="checkbox"/> 高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> てんかん性脳症	<input type="checkbox"/> その他
てんかん重積状態	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明

138 神経細胞移動異常症

■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	---	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	-	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性) <input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方) <input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ <input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入							
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

てんかん発作や知的障害などの症状から脳構造異常を疑い、 Bでそれぞれの病型①～⑦のいずれかを確定することで診断する	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
--	--

A. 症状

<input type="checkbox"/> てんかん発作	<input type="checkbox"/> 知的障害	<input type="checkbox"/> 運動障害	<input type="checkbox"/> 顔貌異常
<input type="checkbox"/> 内臓奇形	<input type="checkbox"/> 外性器異常	<input type="checkbox"/> 構語障害や嚥下障害などの偽性球麻痺症状	
<input type="checkbox"/> 筋症状	<input type="checkbox"/> その他		

B. 検査所見 (詳細については画像所見のポイントを参照)

画像検査所見：必須の所見で、各病型別に示した 特徴的な脳構造異常を認める	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> ① 無脳回 (前頭葉・後頭葉などほぼ脳葉全体にわたって脳溝が認められず、表面からみた脳回の幅が広い 場合で、皮質層の厚さは1cm以上である)	
<input type="checkbox"/> ② 厚脳回 (無脳回と正常の間であり、皮質層の厚さは4～9mmである)	
<input type="checkbox"/> ③ 異所性灰白質 (ヘテロトピア) (灰白質すなわち神経細胞 (核と胞体・樹状突起) の集まりが、本来神経細胞の存在しない白質 または脳表・脳室に本来の灰白質と離れて存在する状態である。異所性灰白質の存在部位によ り主に皮質下帯状異所性灰白質と脳室周囲結節状異所性灰白質に分けられる。)	
<input type="checkbox"/> ④ 多小脳回 (浅い脳溝で小さな脳回が入り組んで多数集簇する外観を示し、特に乳児早期の T2 強調画像で 検出しやすい。その後、成長に伴い MRI 上は一塊の肥厚した皮質として厚脳回様の外観を呈する が、脳回の幅や皮質の厚さが不規則で脳表は細かく隆起していることが多く、古典型滑脳症の 厚脳回との鑑別点となる。多小脳回の約 60%はシルビウス裂を中心に病変が広がり傍シルビウス 裂多小脳回とよばれる。組織学的には大脳皮質表層の分子層が 2 層以下に細かく陥入した状態 であり、特に浅い層の陥入は MRI で検出できない場合もある。)	
<input type="checkbox"/> ⑤ 敷石様皮質異形成 (神経細胞およびグリア細胞が過剰な移動 (遊走) を生じてグリア境界膜を突き破り、 くも膜下腔に突出した脳回を生じ、脳表が丸石をしきつめたような結節性の外観を示す)	
<input type="checkbox"/> ⑥ 裂脳症 (脳軟膜から側脳室上衣細胞層にまで達する cleft (裂溝) の形成)	
<input type="checkbox"/> ⑦ 孔脳症 (先天的に脳室との交通を有する嚢胞または空洞がみられる)	

C. 鑑別診断（新規）

画像所見上鑑別し、全て除外できる。 除外できた項目に☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可 <input type="checkbox"/> 2. 除外不可 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 無脳回：水頭症に伴う脳室拡大による脳溝の消失 <input type="checkbox"/> 異所性灰白質：白質病変を主体とする変性疾患 <input type="checkbox"/> 異所性灰白質：結節性硬化症の脳室壁在結節 <input type="checkbox"/> 多小脳回・裂脳症：出産時や以後の循環障害による萎縮性脳回の集合 <input type="checkbox"/> 孔脳症：後天的な脳出血 <input type="checkbox"/> 孔脳症：外傷後の脳欠損	

■ 重症度分類に関する事項

下記の精神保健福祉手帳診断基準における「G40 てんかん」の障害等級判定区分および障害者総合支援法における「精神症状・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"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<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のいずれかを満たす <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のいずれかを満たす <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のいずれかを満たす	

「G40 てんかん」の障害等級判定区分

<input type="checkbox"/> ハ、ニの発作が月に1回以上ある（1級程度） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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）
てんかん発作のタイプ イ. 意識障害はないが、随意運動が失われる発作 ロ. 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 ハ. 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 ニ. 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作

「精神症状・能力障害二軸評価」 (2) 能力障害評価

<input type="checkbox"/> 1. 精神障害や知的障害を認めないか、または、精神障害、知的障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通に出来る <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、身の回りのことはほとんど出来ない

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など *500文字以内

■ その他の事項

検査所見（新規）

1. 血液・生化学的検査所見：特異的所見なし	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 生理学的所見：脳波はてんかん性異常所見を呈する	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
3. その他の画像所見：その他の脳構造異常を認める	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 単純脳回（小頭に伴い脳回の数が増加する。皮質層の厚さは正常である） <input type="checkbox"/> 脳梁欠損（脳梁の一部または全部の欠損） <input type="checkbox"/> 脳幹・小脳の形成異常（脳幹もしくは小脳の低形成、形態異常）			

遺伝学的検査（新規）

遺伝子異常の有無 異常があった遺伝子には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. 検査範囲内異常なし	<input type="checkbox"/> 3. 検査未実施
<input type="checkbox"/> 17p13.3 領域の染色体微細欠失	<input type="checkbox"/> LIS1	<input type="checkbox"/> DCX	
<input type="checkbox"/> TUBA1A	<input type="checkbox"/> COL4A1	<input type="checkbox"/> その他の遺伝子	
*その他の遺伝子を選択の場合、以下に記入			

140 ドラベ症候群

■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	--	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	-	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性) <input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方) <input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ <input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入							
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> 1歳未満（まれに1歳超）に症状（A-1）を発症し、症状（A-2～5）の特徴を1つ以上有する場合は本症候群を疑い、遺伝子検査をもって確定診断とする
<input type="checkbox"/> 1歳未満（まれに1歳超）に症状（A-1）を発症し、症状（A-2～5）の特徴を2つ以上有し、かつ検査所見（B-1～3）のうち1つ以上を有する場合は、遺伝子検査が陰性でも確定診断とする
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない

A. 症状

1. 全身もしくは半身けいれん発作	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 焦点発作、ミオクロニー発作、非定型欠神発作、意識混濁発作	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
3. 発熱や入浴による発作の誘発	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
4. 光や図形に対する過敏性の存在	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
5. けいれん重積ないしはけいれん発作の群発を起こしやすい	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明

B. 検査所見

1. 画像検査：乳児期は正常だが、幼児期以後は非特異的大脳萎縮がみられる。海馬萎縮を伴うこともある。	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 生理学的検査：脳波では背景活動の徐波化、広汎性多棘徐波、多焦点性棘波が年齢に伴って消長する	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
3. 運動・高次脳機能検査：幼児期以後に中等度以上の知的障害を伴うことが多く、神経学的にも失調や下肢の痙性を伴う。広汎性発達障害がみられることもある。	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明

C. 遺伝学的検査

遺伝子異常の有無 異常があった遺伝子には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. 検査範囲内異常なし <input type="checkbox"/> 3. 検査未実施
<input type="checkbox"/> SCN1A <input type="checkbox"/> SCN1B <input type="checkbox"/> SCN2A <input type="checkbox"/> GABRG2	
<input type="checkbox"/> その他の遺伝子 *その他の遺伝子を選択の場合、以下に記入	

D. 鑑別診断

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。 除外できた疾病には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可	<input type="checkbox"/> 2. 除外不可	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 複雑型熱性けいれん	<input type="checkbox"/> 全般てんかん熱性発作プラス	<input type="checkbox"/> 焦点てんかん	
<input type="checkbox"/> 乳児良性ミオクロニーてんかん	<input type="checkbox"/> レノックス・ガストー症候群		
<input type="checkbox"/> ミオクロニー脱力発作を伴うてんかん	<input type="checkbox"/> PCDH19 関連症候群		

■ 重症度分類に関する事項

下記の精神保健福祉手帳診断基準における「G40 てんかん」の障害等級判定区分および障害者総合支援法における「精神症状・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"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<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のいずれかを満たす <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のいずれかを満たす <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のいずれかを満たす	

「G40 てんかん」の障害等級判定区分

<input type="checkbox"/> ハ、ニの発作が月に1回以上ある (1級程度) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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)
てんかん発作のタイプ イ. 意識障害はないが、随意運動が失われる発作 ロ. 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 ハ. 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 ニ. 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作

「精神症状・能力障害二軸評価」 (2) 能力障害評価

<input type="checkbox"/> 1. 精神障害や知的障害を認めないか、または、精神障害、知的障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通に出来る <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、身の回りのことはほとんど出来ない

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など *500文字以内

(Blank area for symptoms, course, and special notes)
--

■ その他の事項

検査所見 (新規)

1. 血液・生化学的検査：特異的所見なし	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 病理検査：特異的な所見なし	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明

臨床所見 *小数点も1文字として記入し、以降の数値ボックスについては全て同様に記載する

急性脳症	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明		
神経発達症	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明		
知的障害の程度	IQ/DQ	<input type="checkbox"/> IQ	<input type="checkbox"/> DQ	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	
	もしくは	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 最重度	
海馬硬化	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明		
てんかん発作に有効であった治療法 *発作の頻度もしくは重症度が50%程度以上減少した場合を有効とする	<input type="checkbox"/> ACTH	<input type="checkbox"/> CBZ	<input type="checkbox"/> CLB	<input type="checkbox"/> CZP	<input type="checkbox"/> DZP
	<input type="checkbox"/> ESM	<input type="checkbox"/> FFA	<input type="checkbox"/> GBP	<input type="checkbox"/> KBr	<input type="checkbox"/> LCM
	<input type="checkbox"/> LEV	<input type="checkbox"/> LTG	<input type="checkbox"/> NZP	<input type="checkbox"/> PB/PRM	<input type="checkbox"/> PER
	<input type="checkbox"/> PHT	<input type="checkbox"/> PIR	<input type="checkbox"/> RFN	<input type="checkbox"/> ST	<input type="checkbox"/> Steroid
	<input type="checkbox"/> STP	<input type="checkbox"/> TPM	<input type="checkbox"/> VGB	<input type="checkbox"/> VitB6	<input type="checkbox"/> VPA
	<input type="checkbox"/> ZNS	<input type="checkbox"/> ケトン食	<input type="checkbox"/> てんかん外科		<input type="checkbox"/> VNS
	<input type="checkbox"/> その他の治療法	*その他の治療法を選択の場合、以下に記入			
<input type="checkbox"/> その他の疾患	*その他の疾患を選択の場合、以下に記入				

141 海馬硬化を伴う内側側頭葉てんかん

■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	--	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	-	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性) <input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方) <input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ <input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入							
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> 症状（A-1、2）、かつ検査所見（B-1、2）が揃えば診断される
<input type="checkbox"/> 検査所見（B-1）で両側性の海馬硬化が明瞭でないが、一側内側側頭葉の外科治療後に、症状（A-1、2）を満たし、脳波、発作症状などから非切除側のてんかん原性が示唆される
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない

A. 症状

1. 発作が上腹部不快感などの前兆で開始し（前兆がないこともある）、意識減損した後に強直あるいは口や手などの自動症を生じ、発作後にもうろう状態を呈する。焦点起始両側強直間代発作（二次性全般化発作）がみられることもある。	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 各種抗てんかん薬に抵抗性である	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明

B. 検査所見

1. MRI で両側性に海馬の萎縮と信号強度の変化を認める	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 脳波で両側側頭前部に棘波もしくは鋭波を認める	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明

C. 臨床所見

外科治療	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

D. 鑑別診断

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。除外できた疾病には、☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可	<input type="checkbox"/> 2. 除外不可	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 他のてんかん	<input type="checkbox"/> 心疾患で意識減損を伴う疾患		
<input type="checkbox"/> 代謝性疾患で意識減損を伴う疾患	<input type="checkbox"/> 心因性非てんかん発作		

■ 重症度分類に関する事項

下記の精神保健福祉手帳診断基準における「G40 てんかん」の障害等級判定区分および障害者総合支援法における「精神症状・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"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<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のいずれかを満たす <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のいずれかを満たす <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のいずれかを満たす	

「G40 てんかん」の障害等級判定区分

<input type="checkbox"/> ハ、ニの発作が月に1回以上ある (1級程度) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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)
てんかん発作のタイプ イ. 意識障害はないが、随意運動が失われる発作 ロ. 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 ハ. 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 ニ. 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作

「精神症状・能力障害二軸評価」 (2) 能力障害評価

<input type="checkbox"/> 1. 精神障害や知的障害を認めないか、または、精神障害、知的障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通に出来る <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、身の回りのことはほとんど出来ない

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など *500文字以内

(Blank area for symptoms, course, and special notes)
--

■ その他の事項

症状（新規）

てんかん発作型（複数選択可）		
<input type="checkbox"/> てんかん発作型（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 焦点意識保持発作	<input type="checkbox"/> 焦点意識減損発作
<input type="checkbox"/> 焦点意識保持発作	<input type="checkbox"/> 焦点意識減損発作	<input type="checkbox"/> 焦点起始両側強直間代発作

検査所見（新規）

1. PET で側頭葉の低代謝を認める	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
2. SPECT で側頭葉の低灌流を認める	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明

臨床所見

先行損傷	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
ある場合その詳細（複数選択可）			
<input type="checkbox"/> 複雑型熱性けいれん	<input type="checkbox"/> 髄膜・脳炎	<input type="checkbox"/> 外傷	
<input type="checkbox"/> 虚血性低酸素脳症	<input type="checkbox"/> けいれん重積	<input type="checkbox"/> その他	
併存症	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
ある場合その詳細（複数選択可）			
<input type="checkbox"/> 知的障害	<input type="checkbox"/> 記憶障害	<input type="checkbox"/> 失語	
<input type="checkbox"/> 精神病症状	<input type="checkbox"/> 気分障害	<input type="checkbox"/> 心因性発作	
<input type="checkbox"/> その他の精神症状	<input type="checkbox"/> 身体症状	<input type="checkbox"/> その他	
てんかん重積状態	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
発作寛解期間	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明

142 ミオクロニー欠神てんかん

■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	--	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	-	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性) <input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方) <input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ <input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入							
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

A. 症状から本疾病を疑い、発作時の脳波所見 (B) を認め、C. 鑑別診断を行い確定診断	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
---	--------------------------------	---------------------------------

A. 症状

1. 近位筋優位に上肢を中心とする四肢の律動的なミオクロニー性攣縮と強直性収縮を特徴とする特異なミオクロニー欠伸発作		<input type="checkbox"/> 1. あり		<input type="checkbox"/> 2. なし		<input type="checkbox"/> 3. 不明	
2. 知的障害の程度	IQ/DQ	<input type="checkbox"/> IQ	<input type="checkbox"/> DQ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	もしくは	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度	<input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> 最重度	

B. 検査所見

発作時脳波：3Hz の両側同期対称性の棘・徐波律動。ポリグラフではミオクロニーと棘波成分は時間的に一致、ミオクロニーは強直性筋収縮を伴う。	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
---	--------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

C. 鑑別診断

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。除外できた疾病には <input checked="" type="checkbox"/> を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可	<input type="checkbox"/> 2. 除外不可	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 小児欠伸てんかん	<input type="checkbox"/> 若年ミオクロニーてんかん		
<input type="checkbox"/> レノックス・ガストー症候群	<input type="checkbox"/> 環状 20 番染色体症候群		

■ 重症度分類に関する事項

下記の精神保健福祉手帳診断基準における「G40 てんかん」の障害等級判定区分および障害者総合支援法における「精神症状・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"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<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のいずれかを満たす <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のいずれかを満たす <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のいずれかを満たす	

「G40 てんかん」の障害等級判定区分

<input type="checkbox"/> ハ、ニの発作が月に1回以上ある (1級程度) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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)
てんかん発作のタイプ イ. 意識障害はないが、随意運動が失われる発作 ロ. 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 ハ. 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 ニ. 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作

「精神症状・能力障害二軸評価」 (2) 能力障害評価

<input type="checkbox"/> 1. 精神障害や知的障害を認めないか、または、精神障害、知的障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通に出来る <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、身の回りのことはほとんど出来ない

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など *500文字以内

(Blank area for symptoms, course, and special notes)
--

■ その他の事項

検査所見（新規）

1. 血液・生化学的検査所見：特異的所見なし	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 画像検査所見：特異的所見なし	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
3. 生理学的所見（脳波とポリグラフ）	
発作間欠期脳波：背景活動は正常、まれに徐波化傾向。 全般性棘徐波、焦点性・多焦点性棘波	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
4. 病理所見：異常が指摘されたことはない	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明

臨床所見

背景疾患	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
ある場合その詳細	
<input type="checkbox"/> 染色体・遺伝子異常	<input type="checkbox"/> その他の背景
*染色体・遺伝子異常を選択の場合、以下に記入	
*その他の背景を選択の場合、以下に記入	
強直間代発作	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
社会生活状況	<input type="checkbox"/> 就労／学生（一般） <input type="checkbox"/> 就労／学生（障害） <input type="checkbox"/> 就労訓練 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他
てんかん発作に有効であった治療法 *発作の頻度もしくは重症度が50%程度以上減少した場合を有効とする	<input type="checkbox"/> ACTH <input type="checkbox"/> CBZ <input type="checkbox"/> CLB <input type="checkbox"/> CZP <input type="checkbox"/> DZP <input type="checkbox"/> ESM <input type="checkbox"/> FFA <input type="checkbox"/> GBP <input type="checkbox"/> KBr <input type="checkbox"/> LCM <input type="checkbox"/> LEV <input type="checkbox"/> LTG <input type="checkbox"/> NZP <input type="checkbox"/> PB/PRM <input type="checkbox"/> PER <input type="checkbox"/> PHT <input type="checkbox"/> PIR <input type="checkbox"/> RFN <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> Steroid <input type="checkbox"/> STP <input type="checkbox"/> TPM <input type="checkbox"/> VGB <input type="checkbox"/> VitB6 <input type="checkbox"/> VPA <input type="checkbox"/> ZNS <input type="checkbox"/> ケトン食 <input type="checkbox"/> てんかん外科 <input type="checkbox"/> VNS
	<input type="checkbox"/> その他の治療法 *その他の治療法を選択の場合、以下に記入
	<input type="checkbox"/> その他の疾患 *その他の疾患を選択の場合、以下に記入

143 ミオクロニー脱力発作を伴うてんかん

■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	---	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	-	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性) <input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方) <input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ <input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入							
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

症状（Aの1、2）および検査所見（B）を満たし、Cの鑑別すべき疾患を除外したもの	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
--	--------------------------------	---------------------------------

A. 症状

1) 発症までの発達が正常	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
2) 2～5歳発症のミオクロニー脱力発作 (意識障害を伴わない突然の失立転倒発作)	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明

B. 検査所見

生理学的所見：発作間欠期脳波で、活発な全般性2～3Hz棘徐波と、背景脳波に頭頂部優位の単律動6～7Hzθ波の存在が特徴。焦点性脳波発射はまれ。	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
---	--------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

C. 鑑別診断

以下の疾患を鑑別し、全て除外できる。 除外できた疾患には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可	<input type="checkbox"/> 2. 除外不可	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 乳児ミオクロニーてんかん <input type="checkbox"/> 非定型良性小児部分てんかん <input type="checkbox"/> レノックス・ガストー症候群			

■ 重症度分類に関する事項

下記の精神保健福祉手帳診断基準における「G40 てんかん」の障害等級判定区分および障害者総合支援法における「精神症状・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"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<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のいずれかを満たす <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のいずれかを満たす <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のいずれかを満たす	

「G40 てんかん」の障害等級判定区分

<input type="checkbox"/> ハ、ニの発作が月に1回以上ある (1級程度) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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)
てんかん発作のタイプ イ. 意識障害はないが、随意運動が失われる発作 ロ. 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 ハ. 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 ニ. 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作

「精神症状・能力障害二軸評価」 (2) 能力障害評価

<input type="checkbox"/> 1. 精神障害や知的障害を認めないか、または、精神障害、知的障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通に出来る <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、身の回りのことはほとんど出来ない

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など *500文字以内

(Blank area for symptoms, course, and special notes)
--

■ その他の事項

症状（新規）

1) 全般性強直間代発作、非定型欠神発作の合併	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
2) 20～50%で、経過中に強直発作を合併	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明

検査所見（新規）

画像検査所見：正常	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
-----------	--------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

臨床所見

ミオクローニー脱力発作の残存	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明		
残存てんかん発作	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明		
	<input type="checkbox"/> 全般発作	<input type="checkbox"/> 焦点発作			
症候群変容	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明		
	<input type="checkbox"/> レノックス・ガストー症候群				
	<input type="checkbox"/> 全般てんかん	<input type="checkbox"/> 焦点てんかん	<input type="checkbox"/> その他		
脳波所見（rapid rhythm/runs of fast waves の有無）	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明		
てんかん発作に有効であった治療法 *発作の頻度もしくは重症度が50%程度以上減少した場合を有効とする	<input type="checkbox"/> ACTH	<input type="checkbox"/> CBZ	<input type="checkbox"/> CLB	<input type="checkbox"/> CZP	<input type="checkbox"/> DZP
	<input type="checkbox"/> ESM	<input type="checkbox"/> FFA	<input type="checkbox"/> GBP	<input type="checkbox"/> KBr	<input type="checkbox"/> LCM
	<input type="checkbox"/> LEV	<input type="checkbox"/> LTG	<input type="checkbox"/> NZP	<input type="checkbox"/> PB/PRM	<input type="checkbox"/> PER
	<input type="checkbox"/> PHT	<input type="checkbox"/> PIR	<input type="checkbox"/> RFN	<input type="checkbox"/> ST	<input type="checkbox"/> Steroid
	<input type="checkbox"/> STP	<input type="checkbox"/> TPM	<input type="checkbox"/> VGB	<input type="checkbox"/> VitB6	<input type="checkbox"/> VPA
	<input type="checkbox"/> ZNS	<input type="checkbox"/> ケトン食	<input type="checkbox"/> てんかん外科		<input type="checkbox"/> VNS
	<input type="checkbox"/> その他の治療法	*その他の治療法を選択の場合、以下に記入			
	<input type="checkbox"/> その他の疾患	*その他の疾患を選択の場合、以下に記入			

144 レノックス・ガスト一症候群

■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	---	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	-	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性) <input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方) <input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ <input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入							
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> Definite : Aの3項目+Bの3項目+Cを満たすもの
<input type="checkbox"/> Probable : Aの3項目+Bのうち2項目以上+Cを満たし、Dの鑑別すべき疾患を除外したもの
<input type="checkbox"/> Possible : Aの3項目+Bのうち1項目以上+Cを満たし、Dの鑑別すべき疾患を除外したもの
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない

A. 症状

1. 発症時期は小児期（主に8歳未満で、3～5歳が最多）	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 複数のてんかん発作型を有する	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
3. 精神発達遅滞を合併する	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明

B. 発作症状

1. 強直発作を有する	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 非定型欠神発作を有する、または有していた	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
3. 脱力発作を有する、または有していた	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明

C. 検査所見

脳波：睡眠中の速律動（全般性・両側対称性の10～20Hzの速波律動）と、全般性遅棘徐波（2～2.5Hzの棘徐波・鋭徐波）を認める	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
--	--------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

D. 鑑別診断

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。 除外できた疾病には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可	<input type="checkbox"/> 2. 除外不可	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> ミオクロニー脱力発作を伴うてんかん	<input type="checkbox"/> 非定型良性焦点てんかん		
<input type="checkbox"/> 徐波睡眠期持続性棘徐波を示すてんかん性脳症	<input type="checkbox"/> ドラベ症候群		

■ 重症度分類に関する事項

下記の精神保健福祉手帳診断基準における「G40 てんかん」の障害等級判定区分および障害者総合支援法における「精神症状・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"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<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のいずれかを満たす <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のいずれかを満たす <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のいずれかを満たす	

「G40 てんかん」の障害等級判定区分

<input type="checkbox"/> ハ、ニの発作が月に1回以上ある (1級程度) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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)
てんかん発作のタイプ イ. 意識障害はないが、随意運動が失われる発作 ロ. 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 ハ. 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 ニ. 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作

「精神症状・能力障害二軸評価」 (2) 能力障害評価

<input type="checkbox"/> 1. 精神障害や知的障害を認めないか、または、精神障害、知的障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通に出来る <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、身の回りのことはほとんど出来ない

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など *500文字以内

(Blank area for symptoms, course, and special notes)
--

■ その他の事項

臨床所見

原因・背景疾患	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	ありの場合その詳細
	<input type="checkbox"/> 周産期障害 <input type="checkbox"/> 皮質形成異常 <input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 神経皮膚症候群 <input type="checkbox"/> 染色体・遺伝子異常 <input type="checkbox"/> 脳炎・脳症後遺症 <input type="checkbox"/> その他の背景
	*染色体・遺伝子異常、その他の背景を選択の場合、以下に記入
頭部 CT/MRI 所見	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	ありの場合その詳細
	<input type="checkbox"/> 局在性所見 <input type="checkbox"/> 全般性所見
併存症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	ありの場合その詳細
	<input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神症状 <input type="checkbox"/> 神経症状 <input type="checkbox"/> その他 *知的障害の場合、以下より選択
	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 最重度
社会生活状況	<input type="checkbox"/> 就労/学生 (一般) <input type="checkbox"/> 就労/学生 (障害) <input type="checkbox"/> 就労訓練 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> ACTH <input type="checkbox"/> CBZ <input type="checkbox"/> CLB <input type="checkbox"/> CZP <input type="checkbox"/> DZP <input type="checkbox"/> ESM <input type="checkbox"/> FFA <input type="checkbox"/> GBP <input type="checkbox"/> KBr <input type="checkbox"/> LCM <input type="checkbox"/> LEV <input type="checkbox"/> LTG <input type="checkbox"/> NZP <input type="checkbox"/> PB/PRM <input type="checkbox"/> PER <input type="checkbox"/> PHT <input type="checkbox"/> PIR <input type="checkbox"/> RFN <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> Steroid <input type="checkbox"/> STP <input type="checkbox"/> TPM <input type="checkbox"/> VGB <input type="checkbox"/> VitB6 <input type="checkbox"/> VPA <input type="checkbox"/> ZNS <input type="checkbox"/> ケトン食 <input type="checkbox"/> てんかん外科 <input type="checkbox"/> VNS <input type="checkbox"/> その他の治療法 *その他の治療法を選択の場合、以下に記入
	<input type="checkbox"/> その他の疾患 *その他の疾患を選択の場合、以下に記入

145 ウエスト症候群

■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	---	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	-	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性) <input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方) <input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ <input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入							
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> Definite : A. 症状の3項目とB. 検査所見を満たすもの
<input type="checkbox"/> Probable : A. 症状の3項目のうち2項目とB. 検査所見を満たし、C. 鑑別診断の鑑別すべき疾患を除外したもの
<input type="checkbox"/> Possible : A. 症状の1、2のみ満たすもの
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない

A. 症状

1. 発症年齢は生後2歳未満（多くは3～11か月）	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
2. シリーズ形成しやすい、覚醒直後に好発するてんかん性スパズム (ES) : 約5～40秒周期（約10秒程度が多い）で出現する極短時間の四肢の筋攣縮（座位では一瞬の頭部前屈を伴う）がある	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
3. 精神運動発達の停滞ないし退行 : ES の発症と前後してみられる	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明

B. 検査所見

生理学的検査 : 発作間欠期脳波所見でヒプスアリスミアがみられる	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
----------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

C. 鑑別診断

以下の疾病等を鑑別し、全て除外できる。除外できた疾病等には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可	<input type="checkbox"/> 2. 除外不可	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 乳児ミオクロニーてんかん	<input type="checkbox"/> 身震い発作	<input type="checkbox"/> 習慣性行動	

■ 重症度分類に関する事項

下記の精神保健福祉手帳診断基準における「G40 てんかん」の障害等級判定区分および障害者総合支援法における「精神症状・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"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<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のいずれかを満たす <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のいずれかを満たす <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のいずれかを満たす	

「G40 てんかん」の障害等級判定区分

<input type="checkbox"/> ハ、ニの発作が月に1回以上ある (1級程度) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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)
てんかん発作のタイプ イ. 意識障害はないが、随意運動が失われる発作 ロ. 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 ハ. 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 ニ. 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作

「精神症状・能力障害二軸評価」 (2) 能力障害評価

<input type="checkbox"/> 1. 精神障害や知的障害を認めないか、または、精神障害、知的障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通に出来る <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、身の回りのことはほとんど出来ない

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など *500文字以内

(Blank area for symptoms, course, and special notes)
--

■ その他の事項
 遺伝学的検査（新規）

遺伝子異常の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. 検査範囲内異常なし	<input type="checkbox"/> 3. 検査未実施
変異のあった遺伝子			

臨床所見

原因・背景疾患	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明	
	ありの場合その詳細			
	<input type="checkbox"/> 周産期障害	<input type="checkbox"/> 皮質形成異常	<input type="checkbox"/> 腫瘍	
	<input type="checkbox"/> 脳血管障害	<input type="checkbox"/> 神経皮膚症候群	<input type="checkbox"/> 代謝障害	
	<input type="checkbox"/> 脳炎・脳症後遺症	<input type="checkbox"/> その他の背景	*その他の背景を選択の場合、以下に記入	
頭部 CT/MRI 所見	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明	
	ありの場合その詳細			
	<input type="checkbox"/> 局在性所見	<input type="checkbox"/> 全般性所見		
併存症	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明	
	ありの場合その詳細（複数選択可）			
	<input type="checkbox"/> 知的障害	<input type="checkbox"/> 精神症状	<input type="checkbox"/> 神経症状	<input type="checkbox"/> その他
	*知的障害の場合、以下より選択			
	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度	<input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> 最重度
ACTH 療法の効果	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明	
	ありの場合その詳細			
	<input type="checkbox"/> 発作消失	<input type="checkbox"/> 発作残存		

てんかん発作に有効であった治療法 *発作の頻度もしくは重症度が50%程度以上減少した場合を有効とする	<input type="checkbox"/> ACTH <input type="checkbox"/> CBZ <input type="checkbox"/> CLB <input type="checkbox"/> CZP <input type="checkbox"/> DZP <input type="checkbox"/> ESM <input type="checkbox"/> FFA <input type="checkbox"/> GBP <input type="checkbox"/> KBr <input type="checkbox"/> LCM <input type="checkbox"/> LEV <input type="checkbox"/> LTG <input type="checkbox"/> NZP <input type="checkbox"/> PB/PRM <input type="checkbox"/> PER <input type="checkbox"/> PHT <input type="checkbox"/> PIR <input type="checkbox"/> RFN <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> Steroid <input type="checkbox"/> STP <input type="checkbox"/> TPM <input type="checkbox"/> VGB <input type="checkbox"/> VitB6 <input type="checkbox"/> VPA <input type="checkbox"/> ZNS <input type="checkbox"/> ケトン食 <input type="checkbox"/> てんかん外科 <input type="checkbox"/> VNS <input type="checkbox"/> その他の治療法 *その他の治療法を選択の場合、以下に記入
	<input type="checkbox"/> その他の疾患 *その他の疾患を選択の場合、以下に記入
残存てんかん発作	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	ありの場合その詳細 <input type="checkbox"/> 全般発作 <input type="checkbox"/> 焦点発作
症候群変容	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	ありの場合その詳細 <input type="checkbox"/> レノックス・ガストー症候群 <input type="checkbox"/> 全般てんかん <input type="checkbox"/> 焦点てんかん <input type="checkbox"/> その他

146 大田原症候群

■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	---	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	-	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性) <input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方) <input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ <input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入							
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

Definite: A. 症状+B. 検査所見を満たし、C. 鑑別診断の鑑別すべき疾患を除外したもの	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
--	--------------------------------	---------------------------------

A. 症状

生後3か月以内、特に新生児期に発症するてんかん性スパズム。焦点発作を合併することもある。	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
てんかん発作型 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> てんかん性スパズム <input type="checkbox"/> 焦点発作 <input type="checkbox"/> ミオクローヌス <input type="checkbox"/> その他 *てんかん性スパズムを選択の場合、以下に発症月齢を記入		
	発症月齢	<input type="text"/> か月	<input type="text"/> <input type="text"/> 日

B. 検査所見

脳波所見：発作間欠時に覚醒時と睡眠時ともに持続するサブレッション・バーストパターン (ただし脳波が睡眠時しか記録できず、覚醒時にもサブレッション・バーストパターンが持続すると推測される症例は含まれる)	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
---	--------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

C. 鑑別診断

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。除外できた疾病には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可	<input type="checkbox"/> 2. 除外不可	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 早期ミオクローニー脳症 <input type="checkbox"/> ウエスト症候群 (大田原症候群からの変容を除く)			

■ 重症度分類に関する事項

下記の精神保健福祉手帳診断基準における「G40 てんかん」の障害等級判定区分および障害者総合支援法における「精神症状・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"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<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のいずれかを満たす <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のいずれかを満たす <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のいずれかを満たす	

「G40 てんかん」の障害等級判定区分

<input type="checkbox"/> ハ、ニの発作が月に1回以上ある (1級程度) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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)
てんかん発作のタイプ イ. 意識障害はないが、随意運動が失われる発作 ロ. 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 ハ. 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 ニ. 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作

「精神症状・能力障害二軸評価」 (2) 能力障害評価

<input type="checkbox"/> 1. 精神障害や知的障害を認めないか、または、精神障害、知的障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通に出来る <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、身の回りのことはほとんど出来ない

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など *500文字以内

(Empty box for symptoms, course, and special notes)

■ その他の事項

遺伝学的検査（新規）

遺伝子異常の有無 異常があった遺伝子には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. 検査範囲内異常なし	<input type="checkbox"/> 3. 検査未実施
<input type="checkbox"/> STXBP1	<input type="checkbox"/> ARX	<input type="checkbox"/> KCNQ2	<input type="checkbox"/> SCN2A
<input type="checkbox"/> その他の遺伝子 *その他の遺伝子を選択の場合、以下に記入			

臨床所見 *小数点も1文字として記入し、以降の数値ボックスについては全て同様に記載する

頭部CT/MRI 所見	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	ありの場合その所見		
	<input type="checkbox"/> 局在性所見 <input type="checkbox"/> 全般性所見		
症候群変容	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	ありの場合その詳細		
	<input type="checkbox"/> ウェスト症候群 <input type="checkbox"/> レノックス・ガストー症候群		
	<input type="checkbox"/> 全般てんかん <input type="checkbox"/> 焦点てんかん		
	<input type="checkbox"/> その他		
変容の年齢 (1歳未満の場合は月齢を記入)		<input type="text"/>	<input type="text"/> 歳 <input type="text"/>
知的障害の程度	IQ/DQ	<input type="checkbox"/> IQ <input type="checkbox"/> DQ	<input type="text"/>
	もしくは	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 最重度	
併存症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	ありの場合、 詳細	<input type="checkbox"/> 神経学的障害 *神経学的障害を選択の場合、以下に記入	
		<input type="checkbox"/> その他の併存症 *その他の併存症を選択の場合、以下に記入	

147 早期ミオクロニー脳症

■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	---	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	-	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性)							
	<input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方)							
<input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ								
<input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入								
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

Definite：生後1か月未満（まれに3か月以内）の児にAの1と2およびBを認め、Cの鑑別すべき疾患を除外したもの	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
--	--------------------------------	---------------------------------

A. 症状

1. 不規則で部分的なミオクローヌス (erratic myoclonus) が睡眠時・覚醒時ともに見られる	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 微細な発作、自動症、無呼吸、顔面紅潮などを伴う多彩な焦点発作がみられる	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明

B. 検査所見

生理学的検査：脳波では正常な背景活動や睡眠活動はなく、覚醒時・睡眠時ともにサプレッション・バーストパターンを示す（覚醒時には明瞭でなく、睡眠時にのみ見られることもある）	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明または未実施
--	--------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

C. 鑑別診断

以下の疾患を鑑別し、全て除外できる。除外できた疾患には☑を記入する	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可	<input type="checkbox"/> 2. 除外不可	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 新生児期の種々の脳症 <input type="checkbox"/> 大田原症候群			

■ 重症度分類に関する事項

下記の精神保健福祉手帳診断基準における「G40 てんかん」の障害等級判定区分および障害者総合支援法における「精神症状・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"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<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のいずれかを満たす <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のいずれかを満たす <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のいずれかを満たす	

「G40 てんかん」の障害等級判定区分

<input type="checkbox"/> ハ、ニの発作が月に1回以上ある (1級程度) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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)
てんかん発作のタイプ イ. 意識障害はないが、随意運動が失われる発作 ロ. 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 ハ. 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 ニ. 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作

「精神症状・能力障害二軸評価」 (2) 能力障害評価

<input type="checkbox"/> 1. 精神障害や知的障害を認めないか、または、精神障害、知的障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通に出来る <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、身の回りのことはほとんど出来ない

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など *500文字以内

(Blank area for symptoms, course, and special notes)
--

■ その他の事項
 遺伝学的検査（新規）

遺伝子異常の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. 検査範囲内異常なし <input type="checkbox"/> 3. 検査未実施
変異のあった遺伝子	

臨床所見

原因・背景疾患	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	ありの場合その詳細
	<input type="checkbox"/> 周産期障害 <input type="checkbox"/> 皮質形成異常 <input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 神経皮膚症候群 <input type="checkbox"/> 代謝障害 <input type="checkbox"/> 脳炎・脳症 <input type="checkbox"/> その他の背景 *その他の背景を選択の場合、以下に記入
最重度の精神運動発達遅滞を残す	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
頭部 CT/MRI 所見	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	ありの場合その詳細
	<input type="checkbox"/> 局在性所見 <input type="checkbox"/> 全般性所見
てんかん発作に有効であった治療法 *発作の頻度もしくは重症度が 50%程度以上減少した場合を有効とする	<input type="checkbox"/> ACTH <input type="checkbox"/> CBZ <input type="checkbox"/> CLB <input type="checkbox"/> CZP <input type="checkbox"/> DZP <input type="checkbox"/> ESM <input type="checkbox"/> FFA <input type="checkbox"/> GBP <input type="checkbox"/> KBr <input type="checkbox"/> LCM <input type="checkbox"/> LEV <input type="checkbox"/> LTG <input type="checkbox"/> NZP <input type="checkbox"/> PB/PRM <input type="checkbox"/> PER <input type="checkbox"/> PHT <input type="checkbox"/> PIR <input type="checkbox"/> RFN <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> Steroid <input type="checkbox"/> STP <input type="checkbox"/> TPM <input type="checkbox"/> VGB <input type="checkbox"/> VitB6 <input type="checkbox"/> VPA <input type="checkbox"/> ZNS <input type="checkbox"/> ケトン食 <input type="checkbox"/> てんかん外科 <input type="checkbox"/> VNS <input type="checkbox"/> その他の治療法 *その他の治療法を選択の場合、以下に記入
	<input type="checkbox"/> その他の疾患 *その他の疾患を選択の場合、以下に記入

148 遊走性焦点発作を伴う乳児てんかん

■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	---	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	-	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性) <input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方) <input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ <input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入							
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

Definite : 生後 6 か月未満の児に A と B を認め、 C の鑑別すべき疾患を除外したもの	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
---	--------------------------------	---------------------------------

A. 症状

発作中に発作焦点部位が移動する焦点起始発作 (多くは運動発作)	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

B. 検査所見

生理学的検査 : 初期にはてんかん性波はまれで、背景波が徐波化を示す。その後、多焦点性棘波が出現する。発作中には脳波焦点が対側または同側の離れた部分に移動し、一つの発作時発射が終わる前に次の発作時発射がはじまる。	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
--	--------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

C. 鑑別診断

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。 除外できた疾病には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可	<input type="checkbox"/> 2. 除外不可	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 新生児期のけいれん	<input type="checkbox"/> 急性脳炎・脳症	<input type="checkbox"/> ピリドキシリン依存症	
<input type="checkbox"/> ピリドキシリン依存症	<input type="checkbox"/> アルパース (Alpers) 病	<input type="checkbox"/> 乳児の自然終息性焦点てんかん	
<input type="checkbox"/> 自然終息性家族性または非家族性新生児けいれん	<input type="checkbox"/> 自然終息性家族性乳児けいれん		
<input type="checkbox"/> 早期ミオクロニー脳症			

■ 重症度分類に関する事項

下記の精神保健福祉手帳診断基準における「G40 てんかん」の障害等級判定区分および障害者総合支援法における「精神症状・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"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<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のいずれかを満たす <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のいずれかを満たす <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のいずれかを満たす	

「G40 てんかん」の障害等級判定区分

<input type="checkbox"/> ハ、ニの発作が月に1回以上ある (1級程度) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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)
てんかん発作のタイプ イ. 意識障害はないが、随意運動が失われる発作 ロ. 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 ハ. 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 ニ. 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作

「精神症状・能力障害二軸評価」 (2) 能力障害評価

<input type="checkbox"/> 1. 精神障害や知的障害を認めないか、または、精神障害、知的障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通に出来る <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、身の回りのことはほとんど出来ない

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など *500文字以内

(Empty box for symptoms, course, and special notes)

■ その他の事項

症状（新規）

1. しばしば無呼吸、顔面紅潮、流涎などの自律神経症状を伴う	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 発作は群発ないしシリーズをなして頻発する	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
3. 発症前の発達に正常であるが、重度の精神運動発達遅滞を残す	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明

遺伝学的検査（新規）

遺伝子異常の有無 異常があった遺伝子には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. 検査範囲内異常なし	<input type="checkbox"/> 3. 検査未実施	
<input type="checkbox"/> KCNT1	<input type="checkbox"/> SCN1A	<input type="checkbox"/> SCN2A	<input type="checkbox"/> PLCB1	<input type="checkbox"/> SCN8A
<input type="checkbox"/> TBC1D24	<input type="checkbox"/> SLC25A22	<input type="checkbox"/> その他の遺伝子 *その他の遺伝子を選択の場合、以下に記入		

臨床所見

	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
頭部 CT/MRI 所見	ありの場合その所見		
	<input type="checkbox"/> 局在性所見	<input type="checkbox"/> 全般性所見	

てんかん発作に有効であった治療法 *発作の頻度もしくは重症度が50%程度以上減少した場合を有効とする	<input type="checkbox"/> ACTH	<input type="checkbox"/> CBZ	<input type="checkbox"/> CLB	<input type="checkbox"/> CZP	<input type="checkbox"/> DZP
	<input type="checkbox"/> ESM	<input type="checkbox"/> FFA	<input type="checkbox"/> GBP	<input type="checkbox"/> KBr	<input type="checkbox"/> LCM
	<input type="checkbox"/> LEV	<input type="checkbox"/> LTG	<input type="checkbox"/> NZP	<input type="checkbox"/> PB/PRM	<input type="checkbox"/> PER
	<input type="checkbox"/> PHT	<input type="checkbox"/> PIR	<input type="checkbox"/> RFN	<input type="checkbox"/> ST	<input type="checkbox"/> Steroid
	<input type="checkbox"/> STP	<input type="checkbox"/> TPM	<input type="checkbox"/> VGB	<input type="checkbox"/> VitB6	<input type="checkbox"/> VPA
	<input type="checkbox"/> ZNS	<input type="checkbox"/> ケトン食	<input type="checkbox"/> てんかん外科	<input type="checkbox"/> VNS	
	<input type="checkbox"/> その他の治療法 *その他の治療法を選択の場合、以下に記入				
	<input type="checkbox"/> その他の疾患 *その他の疾患を選択の場合、以下に記入				

149 片側痙攣・片麻痺・てんかん症候群

■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	--	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	-	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性) <input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方) <input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ <input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入							
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

A. 症状を全て満たし、かつ検査所見（B-2）または（B-3）のいずれかを認める	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
--	--------------------------------	---------------------------------

A. 症状

1. 周産期歴と発達歴に異常なく、発症前に神経学的異常を認めない	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 急性期症状として痙攣発作（多くは片側性痙攣だが全般性痙攣であっても除外されない）で発症、その後 1 週間以上持続する片麻痺を呈する	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
3. 2 の発作後、1 か月以降にてんかん発作（焦点発作、焦点起始両側強直間代発作（二次性全般化発作））を発症する	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	
	発作型（複数選択可）		
	<input type="checkbox"/> 焦点意識減損発作	<input type="checkbox"/> 焦点意識保持発作	
	<input type="checkbox"/> 片側間代発作	<input type="checkbox"/> 両側強直間代発作	
	<input type="checkbox"/> 非定型欠神発作	<input type="checkbox"/> その他の発作型	
	*その他の発作型を選択の場合、以下に記入		
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 発作残存	<input type="checkbox"/> 発作消失

B. 検査所見

1. 血液・生化学的検査所見：特異的所見はない	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 脳波所見：急性期には、片麻痺の責任病変側に優位な鋭波を混じる律動的な 1.5～3Hz 高振幅徐波が持続する。周波数は多様で、波形も多形性に富み、間代性の筋収縮と突発性異常波は同期しない。慢性期には、局在に応じた棘波、鋭波などのてんかん性異常所見がみられる。	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
3. 頭部画像所見	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 急性期 CT で責任病変側大脳半球の皮髄境界が不鮮明となり、低吸収を呈し、半球全体が腫大を示す※ <input type="checkbox"/> 急性期 MRI では T2、拡散強調画像で病変側大脳半球の高信号を認め、同部の皮質下白質優位に ADC が低下し細胞性浮腫が示唆される※ <input type="checkbox"/> 脳血流 SPECT、MR angiography で、急性期に病変側大脳半球の灌流増加を認める			
※慢性期には病変は萎縮し、一部に層状壊死を示唆する所見が認められる			

C. 鑑別診断

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。 除外できた疾病には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可 <input type="checkbox"/> 2. 除外不可 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 皮質異形成 <input type="checkbox"/> 片側巨脳症などの片側脳形成異常を伴う難治てんかん <input type="checkbox"/> ラスムッセン症候群	

■ 重症度分類に関する事項

下記の精神保健福祉手帳診断基準における「G40 てんかん」の障害等級判定区分および障害者総合支援法における「精神症状・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"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<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のいずれかを満たす <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のいずれかを満たす <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のいずれかを満たす	

「G40 てんかん」の障害等級判定区分

<input type="checkbox"/> ハ、ニの発作が月に1回以上ある (1級程度) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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)
てんかん発作のタイプ イ. 意識障害はないが、随意運動が失われる発作 ロ. 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 ハ. 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 ニ. 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作

「精神症状・能力障害二軸評価」 (2) 能力障害評価

<input type="checkbox"/> 1. 精神障害や知的障害を認めないか、または、精神障害、知的障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通に出来る <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、身の回りのことはほとんど出来ない

症状の概要、経過、特記すべき事項など *500文字以内かつ14行以内

(Blank area for symptoms summary, course, and special items)
--

■ その他の事項 *治療法の設問が設定されている調査票で該当する設問が無い場合は、上記自由記載欄に記入のこと
臨床所見

片麻痺の側性	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
てんかん発作に有効であった治療法 *発作の頻度もしくは重症度が 50%程度以上減少した場合を有効とする	<input type="checkbox"/> ACTH <input type="checkbox"/> CBZ <input type="checkbox"/> CLB <input type="checkbox"/> CZP <input type="checkbox"/> DZP
	<input type="checkbox"/> ESM <input type="checkbox"/> FFA <input type="checkbox"/> GBP <input type="checkbox"/> KBr <input type="checkbox"/> LCM
	<input type="checkbox"/> LEV <input type="checkbox"/> LTG <input type="checkbox"/> NZP <input type="checkbox"/> PB/PRM <input type="checkbox"/> PER
	<input type="checkbox"/> PHT <input type="checkbox"/> PIR <input type="checkbox"/> RFN <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> Steroid
	<input type="checkbox"/> STP <input type="checkbox"/> TPM <input type="checkbox"/> VGB <input type="checkbox"/> VitB6 <input type="checkbox"/> VPA
	<input type="checkbox"/> ZNS <input type="checkbox"/> ケトン食 <input type="checkbox"/> てんかん外科 <input type="checkbox"/> VNS
	<input type="checkbox"/> その他の治療法 *その他の治療法を選択の場合、以下に記入
<input type="checkbox"/> その他の疾患 *その他の疾患を選択の場合、以下に記入	

遺伝学的検査

遺伝子異常の有無 異常があった遺伝子には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. 検査範囲内異常なし <input type="checkbox"/> 3. 検査未実施
<input type="checkbox"/> SCN1A <input type="checkbox"/> CACNA1A <input type="checkbox"/> その他の遺伝子 *その他の遺伝子を選択の場合、以下に記入	

150 環状20番染色体症候群

■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	---	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	-	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性) <input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方) <input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ <input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入							
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

Definite：症状（A-1、2）および検査所見（B）から本症候群を疑い、染色体検査で確定する	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
--	--------------------------------	---------------------------------

A. 症状

1. 非痙攣性てんかん重積状態： 動揺性の意識障害や認知障害を示し、口周囲などのミオクローヌスを伴うことがある。 1回の持続は数分から数十分で、1時間以上続くことは少ない。 発作は頻回でしばしば日に何回もみられる。	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 小型または大型の運動発作： 小児期には自動症や運動現象を伴う短い意識減損発作や幻視や恐怖感などがみられることがある。 夜間睡眠時に多い。 全身痙攣発作が見られることもある。	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明

B. 検査所見

生理学的所見： 脳波では高振幅徐波や鋭波が単発あるいは短い連続で頻回に出現し、前頭・側頭部に優位性を示したり、側方性を示すこともあるが、容易に両側化する。小児では脳波異常が乏しいこともある。重積発作時の脳波は長時間持続する両側性の高振幅徐波であり、その周波数はしばしば変動し、小棘波や棘徐波複合が混在する。	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
--	--------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

C. 遺伝学的検査

染色体異常の有無 異常があった染色体には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. 検査範囲内異常なし	<input type="checkbox"/> 3. 検査未実施
<input type="checkbox"/> 環状 20 番染色体			

D. 鑑別診断

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。 除外できた疾病には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可	<input type="checkbox"/> 2. 除外不可	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> レノックス・ガストー症候群	<input type="checkbox"/> 前頭葉てんかん		
<input type="checkbox"/> 非痙攣性てんかん重積状態を示す他のてんかん	<input type="checkbox"/> 心因性非てんかん性発作		

■ 重症度分類に関する事項

下記の精神保健福祉手帳診断基準における「G40 てんかん」の障害等級判定区分および障害者総合支援法における「精神症状・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"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<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のいずれかを満たす <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のいずれかを満たす <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のいずれかを満たす	

「G40 てんかん」の障害等級判定区分

<input type="checkbox"/> ハ、ニの発作が月に1回以上ある (1級程度) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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)
てんかん発作のタイプ イ. 意識障害はないが、随意運動が失われる発作 ロ. 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 ハ. 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 ニ. 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作

「精神症状・能力障害二軸評価」 (2) 能力障害評価

<input type="checkbox"/> 1. 精神障害や知的障害を認めないか、または、精神障害、知的障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通に出来る <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、身の回りのことはほとんど出来ない

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など *500文字以内

(Blank area for symptoms, course, and special notes)
--

■ その他の事項

症状（新規）

精神遅滞や衝動性・攻撃性などの行動障害を呈する	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
-------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

検査所見（新規）

1. 血液・生化学的検査所見：特異的所見なし	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 画像検査所見：特異的所見なし	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明

臨床所見 *小数点も1文字として記入し、以降の数値ボックスについては全て同様に記載する

環状染色体の割合	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> %
奇形	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	ありの場合その詳細
併存症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明
	ありの場合その詳細（複数選択可）
	<input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神症状 <input type="checkbox"/> 神経症状 <input type="checkbox"/> その他
	*知的障害の場合、以下より選択 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 最重度
社会生活状況	<input type="checkbox"/> 就労／学生（一般） <input type="checkbox"/> 就労／学生（障害） <input type="checkbox"/> 就労訓練 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他
強直間代発作	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明

てんかん発作に有効であった治療法 *発作の頻度もしくは重症度が50%程度以上減少した場合を有効とする	<input type="checkbox"/> ACTH	<input type="checkbox"/> CBZ	<input type="checkbox"/> CLB	<input type="checkbox"/> CZP	<input type="checkbox"/> DZP
	<input type="checkbox"/> ESM	<input type="checkbox"/> FFA	<input type="checkbox"/> GBP	<input type="checkbox"/> KBr	<input type="checkbox"/> LCM
	<input type="checkbox"/> LEV	<input type="checkbox"/> LTG	<input type="checkbox"/> NZP	<input type="checkbox"/> PB/PRM	<input type="checkbox"/> PER
	<input type="checkbox"/> PHT	<input type="checkbox"/> PIR	<input type="checkbox"/> RFN	<input type="checkbox"/> ST	<input type="checkbox"/> Steroid
	<input type="checkbox"/> STP	<input type="checkbox"/> TPM	<input type="checkbox"/> VGB	<input type="checkbox"/> VitB6	<input type="checkbox"/> VPA
	<input type="checkbox"/> ZNS	<input type="checkbox"/> ケトン食	<input type="checkbox"/> てんかん外科		<input type="checkbox"/> VNS
<input type="checkbox"/> その他の治療法	*その他の治療法を選択の場合、以下に記入				
<input type="checkbox"/> その他の疾患	*その他の疾患を選択の場合、以下に記入				

151 ラスムッセン脳炎

■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	---	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	-	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性) <input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方) <input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ <input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入							
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> Part A の場合：症状（A-1、2）、脳波（B-1、2）、MRI（C-1 と、C-2 あるいはC-3）の3項目全てを満たし、Dの鑑別すべき疾病を除外したもの
<input type="checkbox"/> Part B の場合：症状（A-1 あるいはA-2）、MRI（B-1）、組織（C-1～3の全て）の3項目のうち2つ以上を満たし、Dの鑑別すべき疾病を除外したもの。 組織所見がない場合は造影MRIとCTで一側性血管炎を除外する。
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない

1) Part A の場合

A. 症状

1. 焦点発作（Epilepsia partialis continua の有無は問わない）	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 一側半球機能障害	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明

B. 脳波

1. 一側半球の徐波化（発作間欠期発射の有無は問わない）	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 一側半球のみから起始する発作	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明

C. MRI

1. 一側半球焦点性皮質萎縮	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 皮質または白質：T2/FLAIR 高信号	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
3. 同側尾状核頭：高信号または萎縮	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明

2) Part B の場合

A. 症状

1. Epilepsia partialis continua (EPC)	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 進行性一側半球機能障害	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明

B. MRI

1. 進行性一側半球焦点性皮質萎縮	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
-------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

C. 組織

1. 活性化ミクログリア（結節を形成することが多い）と反応性アストロサイトグリオシスを伴う T 細胞優位の脳炎	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 多数のマクロファージ、形質細胞、または B 細胞が脳実質内に浸潤していない	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
3. ウイルス封入体がない	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明

D. 鑑別診断（共通項目）

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。 除外できた疾病には <input checked="" type="checkbox"/> を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可 <input type="checkbox"/> 2. 除外不可 <input type="checkbox"/> 3. 不明
一側性のもてんかん症候群の場合	
<input type="checkbox"/> 皮質異形成	<input type="checkbox"/> 片側巨脳症
<input type="checkbox"/> 片側痙攣・片麻痺・てんかん症候群	<input type="checkbox"/> 腫瘍
代謝性疾患の場合	
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> ミトコンドリア脳筋症
炎症性疾患の場合	
<input type="checkbox"/> 血管炎	<input type="checkbox"/> 傍腫瘍性脳炎

■ 重症度分類に関する事項

下記の精神保健福祉手帳診断基準における「G40 てんかん」の障害等級判定区分および障害者総合支援法における「精神症状・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"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<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のいずれかを満たす <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のいずれかを満たす <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のいずれかを満たす	

「G40 てんかん」の障害等級判定区分

<input type="checkbox"/> ハ、ニの発作が月に1回以上ある (1級程度) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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)
てんかん発作のタイプ イ. 意識障害はないが、随意運動が失われる発作 ロ. 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 ハ. 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 ニ. 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作

「精神症状・能力障害二軸評価」 (2) 能力障害評価

<input type="checkbox"/> 1. 精神障害や知的障害を認めないか、または、精神障害、知的障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通に出来る <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、身の回りのことはほとんど出来ない

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など *500文字以内

(Blank area for symptoms, course, and special notes)
--

■ その他の事項

臨床所見 *小数点も1文字として記入し、以降の数値ボックスについては全て同様に記載する

既往歴（新規）	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	<input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 精神発達遅滞	<input type="checkbox"/> 思春期早発 <input type="checkbox"/> 自閉症	<input type="checkbox"/> 運動機能障害 <input type="checkbox"/> その他
先行症状	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	<input type="checkbox"/> 感染症	<input type="checkbox"/> 予防接種	<input type="checkbox"/> その他
髄液所見	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	<input type="checkbox"/> 細胞数	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / μ L	
	<input type="checkbox"/> 蛋白濃度	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	
	<input type="checkbox"/> IgG 濃度	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL	
	<input type="checkbox"/> Granzyme B 濃度	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> pg/mL	
	<input type="checkbox"/> 自己抗体 *自己抗体を選択の場合、以下に記入		
	<input type="checkbox"/> サイトカイン *サイトカインを選択の場合、以下に記入		
社会生活状況	<input type="checkbox"/> 就労（一般）	<input type="checkbox"/> 就労（障害）	<input type="checkbox"/> 就労訓練
	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 家事	<input type="checkbox"/> 無職
	<input type="checkbox"/> 施設入所	<input type="checkbox"/> 入院	

治療その他

治療歴	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施 <input type="checkbox"/> 3. 不明			
	<input type="checkbox"/> メチルプレドニゾロンパルス治療	<input type="checkbox"/> 有効	<input type="checkbox"/> 無効	<input type="checkbox"/> 不明
	<input type="checkbox"/> 免疫グロブリン治療	<input type="checkbox"/> 有効	<input type="checkbox"/> 無効	<input type="checkbox"/> 不明
	<input type="checkbox"/> タクロリムス治療	<input type="checkbox"/> 有効	<input type="checkbox"/> 無効	<input type="checkbox"/> 不明
	<input type="checkbox"/> てんかん外科治療	<input type="checkbox"/> 有効	<input type="checkbox"/> 無効	<input type="checkbox"/> 不明
	<input type="checkbox"/> 重積時持続鎮静（麻酔）治療	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	

152 PCDH19 関連症候群

■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	---	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	-	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性) <input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方) <input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ <input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入							
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

A. 症状および検査所見（B-3）から本症を疑い、 C. 遺伝学的検査の遺伝子変異を認める	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
--	--------------------------------	---------------------------------

A. 症状

1. 女兒（女性）である	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 乳幼児期にてんかん発作が初発する	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
3. てんかん発作は一旦出現すると群発し、1日～ 数週間持続する。これを反復することが多い	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
4. しばしば発熱や感染症がてんかん発作群発再発の 契機となる	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
5. 発作型は焦点発作、全身けいれん（強直、 強直間代）発作が主体である	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
6. 家族例では女性にのみ発症する特異な分布が みられ、男性は健常である	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
7. 知的障害、他の精神神経症状 （自閉、多動、強迫症状、うつなど）を認める	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明

B. 検査所見

1. 血液・生化学的検査所見：てんかん発作を 惹起しうる異常や、他疾患を示唆する所見はない	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 頭部 CT/MRI：正常である（ただし発作等による 二次的異常や、軽微な形成異常などを 認めることもある）	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
3. 生理学的所見：発作間欠期脳波ではしばしば焦点性 棘波・鋭波や基礎波・背景活動の徐波化を認める	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明

C. 遺伝学的検査

遺伝子異常の有無 異常があった遺伝子には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. 検査範囲内異常なし	<input type="checkbox"/> 3. 検査未実施
<input type="checkbox"/> PCDH19			

D. 鑑別診断

以下の遺伝子異常や疾病を鑑別し、全て除外できる。 除外できた疾病には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可	<input type="checkbox"/> 2. 除外不可	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> SCN1A 遺伝子異常に伴うドラベ症候群	<input type="checkbox"/> 脳炎・脳症		
<input type="checkbox"/> 良性乳児部分てんかん（自然終息性乳児焦点てんかん）	<input type="checkbox"/> 軽症胃腸炎関連けいれん		

軽症胃腸炎関連けいれん

■ 重症度分類に関する事項

下記の精神保健福祉手帳診断基準における「G40 てんかん」の障害等級判定区分および障害者総合支援法における「精神症状・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"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<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のいずれかを満たす <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のいずれかを満たす <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のいずれかを満たす	

「G40 てんかん」の障害等級判定区分

<input type="checkbox"/> ハ、ニの発作が月に1回以上ある (1級程度) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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)
てんかん発作のタイプ イ. 意識障害はないが、随意運動が失われる発作 ロ. 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 ハ. 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 ニ. 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作

「精神症状・能力障害二軸評価」 (2) 能力障害評価

<input type="checkbox"/> 1. 精神障害や知的障害を認めないか、または、精神障害、知的障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通に出来る <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、身の回りのことはほとんど出来ない

症状の概要、経過、特記すべき事項など *500文字以内かつ14行以内

(Empty box for symptoms summary, course, and special notes)

■ その他の事項

臨床所見

頭部 CT/MRI 所見	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	ありの場合 その詳細		
てんかん発作に有効であった治療法 *発作の頻度もしくは重症度が 50%程度以上減少した場合を有効とする	<input type="checkbox"/> ACTH <input type="checkbox"/> CBZ <input type="checkbox"/> CLB <input type="checkbox"/> CZP <input type="checkbox"/> DZP <input type="checkbox"/> ESM <input type="checkbox"/> FFA <input type="checkbox"/> GBP <input type="checkbox"/> KBr <input type="checkbox"/> LCM <input type="checkbox"/> LEV <input type="checkbox"/> LTG <input type="checkbox"/> NZP <input type="checkbox"/> PB/PRM <input type="checkbox"/> PER <input type="checkbox"/> PHT <input type="checkbox"/> PIR <input type="checkbox"/> RFN <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> Steroid <input type="checkbox"/> STP <input type="checkbox"/> TPM <input type="checkbox"/> VGB <input type="checkbox"/> VitB6 <input type="checkbox"/> VPA <input type="checkbox"/> ZNS <input type="checkbox"/> ケトン食 <input type="checkbox"/> てんかん外科 <input type="checkbox"/> VNS <input type="checkbox"/> その他の治療法 *その他の治療法を選択の場合、以下に記入		
	<input type="checkbox"/> その他の疾患 *その他の疾患を選択の場合、以下に記入		
併存症	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	ありの場合詳細		
	<input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 自閉スペクトラム症 <input type="checkbox"/> 多動性障害 <input type="checkbox"/> 精神症状 <input type="checkbox"/> その他		
	*知的障害の場合、以下より選択		
	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 最重度		
社会生活状況	<input type="checkbox"/> 就労/学生 (一般) <input type="checkbox"/> 就労/学生 (障害) <input type="checkbox"/> 就労訓練 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他		

154 徐波睡眠期持続性棘徐波を示すてんかん性脳症

■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	--	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	-	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性) <input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方) <input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ <input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入							
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

小児期の患者でA. 症状のうち1項目以上あれば診断を疑い、検査所見B. の1. 2. を満たす場合に確定	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
--	--------------------------------	---------------------------------

A. 症状

1. 焦点発作	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 片側または両側性の間代発作、強直間代発作	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
3. 非定型欠伸発作	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
4. 脱力発作	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
5. 陰性ミオクローヌス	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
6. 種々の程度の運動障害（失行、運動失調、構音障害など）、高次脳機能障害（知的障害、言語障害、時間・空間の見当識障害、注意障害、学習障害など）、行動障害（多動、攻撃性、衝動性など）がみられる	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明

B. 検査所見

1. 生理学的検査：脳波にて徐波睡眠（non-REM）期に持続性に出現する両側広汎性の棘徐波の割合（棘徐波の出現持続時間／non-REM 睡眠時間）が高い（50%以上）	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 運動・高次脳機能検査：運動検査、聴覚言語機能を含む高次脳機能検査および行動評価により種々の程度の障害を認める	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明

C. 鑑別診断

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。除外できた疾病には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可	<input type="checkbox"/> 2. 除外不可	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 中心・側頭部棘波を示す小児てんかん	<input type="checkbox"/> レノックス・ガストー症候群		

■ 重症度分類に関する事項

下記の精神保健福祉手帳診断基準における「G40 てんかん」の障害等級判定区分および障害者総合支援法における「精神症状・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"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<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のいずれかを満たす <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のいずれかを満たす <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のいずれかを満たす	

「G40 てんかん」の障害等級判定区分

<input type="checkbox"/> ハ、ニの発作が月に1回以上ある (1級程度) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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)
てんかん発作のタイプ イ. 意識障害はないが、随意運動が失われる発作 ロ. 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 ハ. 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 ニ. 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作

「精神症状・能力障害二軸評価」 (2) 能力障害評価

<input type="checkbox"/> 1. 精神障害や知的障害を認めないか、または、精神障害、知的障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通に出来る <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、身の回りのことはほとんど出来ない

症状の概要、経過、特記すべき事項など *500文字以内かつ14行以内

(Empty box for notes)

■ その他の事項

検査所見

1. 血液・生化学的検査：特異的な所見なし	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 画像検査：MRI にて病変がみられる	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
	<input type="checkbox"/> 局在性所見 <input type="checkbox"/> 全般性所見
3. 病理検査：特異的な所見なし	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明

臨床所見

棘徐波の割合 (棘徐波の出現持続時間／non-REM 睡眠時間)		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
知的障害の程度	IQ/DQ	<input type="checkbox"/> IQ	<input type="checkbox"/> DQ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	もしくは	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度	<input type="checkbox"/> 重度	<input type="checkbox"/> 最重度	
脳機能障害の詳細	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明						
	<input type="checkbox"/> 運動麻痺 <input type="checkbox"/> 運動失調 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> その他の運動障害						
	<input type="checkbox"/> 高次機能障害 <input type="checkbox"/> 行動障害 <input type="checkbox"/> 精神症状 <input type="checkbox"/> その他						
	*高次脳機能障害の場合、以下より選択						
	<input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 失行・失認 <input type="checkbox"/> 時間・空間の見当識障害						
	<input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 学習障害 <input type="checkbox"/> その他						
背景病因	*行動障害の場合、以下より選択						
	<input type="checkbox"/> 多動 <input type="checkbox"/> 衝動性 <input type="checkbox"/> その他						
	<input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> 精神症状 <input type="checkbox"/> 3. 不明						
ありの場合、病因							
社会生活状況	<input type="checkbox"/> 就労／学生（一般）		<input type="checkbox"/> 就労／学生（障害）		<input type="checkbox"/> 就労訓練		
	<input type="checkbox"/> 生活介護		<input type="checkbox"/> 家事		<input type="checkbox"/> 無職		
	<input type="checkbox"/> 施設入所		<input type="checkbox"/> 入院		<input type="checkbox"/> その他		

てんかん発作に有効であった治療法 *発作の頻度もしくは重症度が50%程度以上減少した場合を有効とする	<input type="checkbox"/> ACTH	<input type="checkbox"/> CBZ	<input type="checkbox"/> CLB	<input type="checkbox"/> CZP	<input type="checkbox"/> DZP
	<input type="checkbox"/> ESM	<input type="checkbox"/> FFA	<input type="checkbox"/> GBP	<input type="checkbox"/> KBr	<input type="checkbox"/> LCM
	<input type="checkbox"/> LEV	<input type="checkbox"/> LTG	<input type="checkbox"/> NZP	<input type="checkbox"/> PB/PRM	<input type="checkbox"/> PER
	<input type="checkbox"/> PHT	<input type="checkbox"/> PIR	<input type="checkbox"/> RFN	<input type="checkbox"/> ST	<input type="checkbox"/> Steroid
	<input type="checkbox"/> STP	<input type="checkbox"/> TPM	<input type="checkbox"/> VGB	<input type="checkbox"/> VitB6	<input type="checkbox"/> VPA
	<input type="checkbox"/> ZNS	<input type="checkbox"/> ケトン食	<input type="checkbox"/> てんかん外科		<input type="checkbox"/> VNS
<input type="checkbox"/> その他の治療法 *その他の治療法を選択の場合、以下に記入					
<input type="checkbox"/> その他の疾患 *その他の疾患を選択の場合、以下に記入					

遺伝学的検査

遺伝子異常の有無 異常があった遺伝子には <input checked="" type="checkbox"/> を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. 検査範囲内異常なし	<input type="checkbox"/> 3. 検査未実施
<input type="checkbox"/> SRPX2 <input type="checkbox"/> ELP4 <input type="checkbox"/> GRIN2A <input type="checkbox"/> その他の遺伝子 *その他の遺伝子を選択の場合、以下に記入			

135 アイカルディ症候群

■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	--	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	-	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性) <input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方) <input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ <input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入							
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

Aの1、2、3を必須とし、さらにAの4、5、6、7のいずれかの所見を認める	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
---------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

A. 症状

主要徴候			
1. てんかん性スパズム	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 網脈絡膜ラクナ (lacunae) ^b	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
3. 脳梁欠損 (完全/部分)	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
4. 皮質形成異常 (主として多小脳回) ^b	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
5. 脳室周囲 (と皮質下) 異所性灰白質 ^b	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
6. 頭蓋内嚢胞 (半球間もしくは第三脳室周囲)	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
7. 脈絡叢乳頭腫	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明

a: 他の発作型 (通常は焦点性) でも代替可能

b: 全例に存在 (もしくはおそらく存在)

B. 鑑別診断

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。除外できた疾病には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可	<input type="checkbox"/> 2. 除外不可	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 線状皮膚欠損を伴う小眼球症 (MLS) <input type="checkbox"/> 先天性ウイルス感染			

■ 重症度分類に関する事項

下記の精神保健福祉手帳診断基準における「G40 てんかん」の障害等級判定区分および障害者総合支援法における「精神症状・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"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<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のいずれかを満たす <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のいずれかを満たす <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のいずれかを満たす			

「G40 てんかん」の障害等級判定区分

- ハ、ニの発作が月に1回以上ある（1級程度）
- 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）
- 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）

てんかん発作のタイプ

- イ. 意識障害はないが、随意運動が失われる発作
- ロ. 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作
- ハ. 意識障害の有無を問わず、転倒する発作
- ニ. 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作

「精神症状・能力障害二軸評価」 (2) 能力障害評価

- 1. 精神障害や知的障害を認めないか、または、精神障害、知的障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通に出来る
- 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
- 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
- 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
- 5. 精神障害、知的障害を認め、身の回りのことはほとんど出来ない

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など *500文字以内

■ その他の事項

症状（新規）

主要徴候			
1. 視神経乳頭（と視神経）の coloboma	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
支持徴候			
2. 椎骨と肋骨の異常	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
3. 小眼球または他の眼異常	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
4. 左右非同期性' split brain' 脳波 （解離性サプレッション・バースト波形）	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
5. 全体的に形態が非対称な大脳半球	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明

検査所見（新規）

1. 画像検査所見： 脳梁欠損をはじめとする中枢神経系の異常が見られる	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 脳回・脳室の構造異常 <input type="checkbox"/> 異所性灰白質 <input type="checkbox"/> 多小脳回 <input type="checkbox"/> 小脳低形成 <input type="checkbox"/> 全前脳胞症 <input type="checkbox"/> 孔脳症 <input type="checkbox"/> クモ膜嚢胞 <input type="checkbox"/> 脳萎縮 <input type="checkbox"/> その他の所見 *その他の所見を選択の場合、以下に記入			
2. 生理学的所見：脳波では左右の非対称もしくは非同期性の所見がみられる。ヒプスアリスミア、非対称性のサプレッション・バーストもしくは類似波形がみられる	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
3. 眼所見：網脈絡膜ラクナが特徴的な所見、その他、視神経乳頭の部分的欠損による拡大、小眼球等がみられる	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
4. 骨格の検査：肋骨の欠損や分岐肋骨、半椎、蝶形椎、脊柱側弯などがみられる	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明

155 ランドウ・クレフナー症候群

■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	---	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	-	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性)							
	<input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方)							
<input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ								
<input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入								
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

発達が正常な児童に症状（A-2、3）を認め、 検査所見（B-1）を認める	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
---	--------------------------------	---------------------------------

A. 症状

1. 発症前の発達は正常	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 聴覚失認、語聾などの聴覚言語障害が思春期まで （概ね2～10歳）に発症	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
3. 言語能力の退行（感覚失語、時に全失語にいたる）。 一部の症例では一過性の改善を示す。	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
4. てんかん発作の合併は70～80%で、発作頻度は少ない。 多くは焦点発作を呈する。	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	発作型（複数選択可）		
	<input type="checkbox"/> 焦点意識減損発作 <input type="checkbox"/> 焦点意識保持発作 <input type="checkbox"/> 焦点起始両側強直間代発作 <input type="checkbox"/> 非定型欠伸発作 <input type="checkbox"/> その他の型 <small>*その他の型を選択の場合、以下に記入</small>		
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 発作残存 <input type="checkbox"/> 発作消失	
5. 認知障害、行動障害を伴う	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明

B. 検査所見

1. 脳波検査では棘波、棘徐波を、両側性、全般性に 認める。焦点性異常の側性は一定せず、多焦点を 呈することが多く、局在は側頭葉が高頻度である。 徐波睡眠期はてんかん性発射の頻度が増し、両側性 棘徐波が持続する。	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	脳波所見の変化		
	<input type="checkbox"/> 両側性棘徐波 <input type="checkbox"/> 焦点性異常波 <input type="checkbox"/> 多焦点性異常波 <input type="checkbox"/> 突発性異常波の消失 <input type="checkbox"/> 正常化 <input type="checkbox"/> その他の変化 <small>*両側性棘徐波の場合、以下より選択</small>		
	<input type="checkbox"/> 残存 <input type="checkbox"/> 消失 <small>*その他の変化を選択の場合、以下に記入</small>		
2. 頭部画像検査では視察的評価における形態的な 異常を認めないが、機能検査により非対称性、 側頭葉の異常が認められる。	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
3. 神経心理検査で聴覚失認、言語障害を認める	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明

C. 臨床所見

下記のいずれかの脳機能障害を呈している	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 感覚性言語障害 <input type="checkbox"/> 表出性言語障害 <input type="checkbox"/> 全失語 <input type="checkbox"/> 多弁 <input type="checkbox"/> 行動異常 <input type="checkbox"/> 運動障害 <small>*行動異常の場合、以下より選択</small>			
<input type="checkbox"/> 多動 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> 衝動性 <input type="checkbox"/> その他			

D. 鑑別診断

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。 除外できた疾病には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可	<input type="checkbox"/> 2. 除外不可	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 中心・側頭部棘波を示す小児てんかん <input type="checkbox"/> レノックス・ガストー症候群 <input type="checkbox"/> 側頭葉てんかん <input type="checkbox"/> 非てんかん性疾患 <input type="checkbox"/> 末梢性難聴 <input type="checkbox"/> 心理的要因 <input type="checkbox"/> 脳血管障害後遺症などによる失語症 <input type="checkbox"/> 自閉スペクトラム症			

■ 重症度分類に関する事項

下記の精神保健福祉手帳診断基準における「G40 てんかん」の障害等級判定区分および障害者総合支援法における「精神症状・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"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<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のいずれかを満たす <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のいずれかを満たす <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のいずれかを満たす	

「G40 てんかん」の障害等級判定区分

<input type="checkbox"/> ハ、ニの発作が月に1回以上ある (1級程度) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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)
てんかん発作のタイプ イ. 意識障害はないが、随意運動が失われる発作 ロ. 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 ハ. 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 ニ. 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作

「精神症状・能力障害二軸評価」 (2) 能力障害評価

<input type="checkbox"/> 1. 精神障害や知的障害を認めないか、または、精神障害、知的障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通に出来る <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、身の回りのことはほとんど出来ない

症状の概要、経過、特記すべき事項など *500文字以内かつ14行以内

(Empty box for symptoms summary, course, and special items)

■ その他の事項 *治療法の設問が設定されている調査票で該当する設問が無い場合は、上記自由記載欄に記入のこと

治療その他

てんかん発作に有効であった治療法 *発作の頻度もしくは重症度が50%程度以上減少した場合を有効とする	<input type="checkbox"/> ACTH <input type="checkbox"/> CBZ <input type="checkbox"/> CLB <input type="checkbox"/> CZP <input type="checkbox"/> DZP
	<input type="checkbox"/> ESM <input type="checkbox"/> FFA <input type="checkbox"/> GBP <input type="checkbox"/> KBr <input type="checkbox"/> LCM
	<input type="checkbox"/> LEV <input type="checkbox"/> LTG <input type="checkbox"/> NZP <input type="checkbox"/> PB/PRM <input type="checkbox"/> PER
	<input type="checkbox"/> PHT <input type="checkbox"/> PIR <input type="checkbox"/> RFN <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> Steroid
	<input type="checkbox"/> STP <input type="checkbox"/> TPM <input type="checkbox"/> VGB <input type="checkbox"/> VitB6 <input type="checkbox"/> VPA
	<input type="checkbox"/> ZNS <input type="checkbox"/> ケトン食 <input type="checkbox"/> てんかん外科 <input type="checkbox"/> VNS
<input type="checkbox"/> その他の治療法 *その他の治療法を記入の場合、以下に記入	
<input type="checkbox"/> その他の疾患 *その他の疾患を選択の場合、以下に記入	
その他の治療	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施 <input type="checkbox"/> 3. 不明
	ステロイドパルス治療 <input type="checkbox"/> 有効 <input type="checkbox"/> 無効 <input type="checkbox"/> 判定保留
	ステロイド内服治療 <input type="checkbox"/> 有効 <input type="checkbox"/> 無効 <input type="checkbox"/> 判定保留
	免疫グロブリン治療 <input type="checkbox"/> 有効 <input type="checkbox"/> 無効 <input type="checkbox"/> 判定保留
	その他の免疫修飾療法 <input type="checkbox"/> 有効 <input type="checkbox"/> 無効 <input type="checkbox"/> 判定保留
	てんかん外科治療 <input type="checkbox"/> 有効 <input type="checkbox"/> 無効 <input type="checkbox"/> 判定保留
	その他の治療 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

157 スタージ・ウェーバー症候群

■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	---	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)					
姓 (漢字)				名 (漢字)					
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>								
住所									
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	<input type="text"/> <input type="text"/>	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女								
出生市区町村									
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)				
	姓 (漢字)				名 (漢字)				
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明								
	発症者続柄								
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性) <input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方) <input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ <input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入								
	続柄								
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月				

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

Definite: Aの1又は2を含む1項目以上を満たし、かつBの2項目以上を有する	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
--	--------------------------------	---------------------------------

A. 基本所見

1. MRI 上の頭蓋内軟膜毛細血管奇形	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 顔面ポートワイン母斑（毛細血管奇形）	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
3. 脈絡膜血管腫または緑内障	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当	<input type="checkbox"/> 3. 不明
	<input type="checkbox"/> a. 脈絡膜血管腫	<input type="checkbox"/> b. 緑内障	

B. 症状

	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
1. てんかん	てんかん発作型 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 全般起始発作	<input type="checkbox"/> 焦点意識保持発作
		<input type="checkbox"/> 焦点意識減損発作	<input type="checkbox"/> てんかん重積状態
		<input type="checkbox"/> 焦点起始両側強直間代発作(二次性全般化発作)	
2. 精神運動発達遅滞	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
3. 運動麻痺	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
4. 視力・視野障害	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
5. 片頭痛	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明

C. 鑑別診断

以下の疾病を鑑別し、除外できる。 除外できた疾病には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 除外可	<input type="checkbox"/> 2. 除外不可	<input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> その他の神経皮膚症候群			

■ 重症度分類に関する事項

a. てんかん及び精神運動発達遅滞

下記の精神保健福祉手帳診断基準における「G40 てんかん」の障害等級判定区分および障害者総合支援法における「精神症状・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"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<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のいずれかを満たす	
<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のいずれかを満たす	
<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のいずれかを満たす	

「G40 てんかん」の障害等級判定区分

<input type="checkbox"/> ハ、ニの発作が月に1回以上ある (1級程度)
<input type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/> 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)
てんかん発作のタイプ イ. 意識障害はないが、随意運動が失われる発作 ロ. 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 ハ. 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 ニ. 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作

「精神症状・能力障害二軸評価」 (2) 能力障害評価

<input type="checkbox"/> 1. 精神障害や知的障害を認めないか、または、精神障害、知的障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通に出来る
<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、身の回りのことはほとんど出来ない

b. 運動麻痺：modified Rankin Scale (mRS)

- 0. まったく症候がない
- 1. 症候はあっても明らかな障害はない（日常の勤めや活動は行える）
- 2. 軽度の障害
（発症以前の活動がすべて行えるわけではないが、自分の身の回りのことは介助なしに行える）
- 3. 中等度の障害（何らかの介助を必要とするが、歩行は介助なしに行える）
- 4. 中等度から重度の障害（歩行や身体的要求には介助が必要である）
- 5. 重度の障害（寝たきり、失禁状態、常に介護と見守りを必要とする）

c. 視力・視野障害

- 1. I 度：矯正視力 0.7 以上、かつ視野狭窄なし
- 2. II 度：矯正視力 0.7 以上、視野狭窄あり
- 3. III 度：矯正視力 0.7 未満、0.2 以上
- 4. IV 度：矯正視力 0.2 未満

注1：矯正視力、視野ともに、良好な方の眼の測定値を用いる。

注2：視野狭窄ありとは、中心の残存視野がゴールドマン I-4 視標で20度以内とする。

注3：視野検査は、ゴールドマン視野計及び自動視野計又はこれに準ずるものによる。

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など *500文字以内

■ その他の事項

参考所見 (新規)

1. 画像検査所見	
MRI:ガドリニウム増強において明瞭となる頭蓋内軟膜毛細血管奇形、罹患部位の脳萎縮、患側脈絡叢の腫大、白質内横断静脈の拡張を認める	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
CT:脳内石灰化を認める	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
SPECT:頭蓋内軟膜毛細血管奇形部位の低血流を認める	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
FDG-PET:頭蓋内軟膜毛細血管奇形部位の低糖代謝を認める	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 生理学的所見	
脳波:患側の徐波、又はてんかん性活動	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明

遺伝学的検査 (新規)

遺伝子異常の有無 異常があった遺伝子には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. 検査範囲内異常なし <input type="checkbox"/> 3. 検査未実施
<input type="checkbox"/> GNAQ <input type="checkbox"/> その他の遺伝子 *その他の遺伝子を選択の場合、以下に記入	

臨床所見

軟膜毛細血管奇形の脳内局在	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 前頭葉 <input type="checkbox"/> 側頭葉 <input type="checkbox"/> 頭頂葉 <input type="checkbox"/> 後頭葉 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 両側	
神経症状	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 運動麻痺 <input type="checkbox"/> 感覚障害 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 (失語・失行等) <input type="checkbox"/> その他	
外科治療	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明

201 アンジェルマン症候群

■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	---	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	-	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性) <input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方) <input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ <input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入							
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

Definite 1 : 第 15 番染色体の 15q11. 2-15q11. 3 領域に欠失・母性片親性ダイソミー・インプリンティング異常のいずれかを認める

Definite 2 : 原因遺伝子 (UBE3A 遺伝子等) に変異を認め、A. 症状 3. および 4. を伴う

いずれにも該当しない

A. 症状

1. 容易に引き起こされる笑い	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 失調性歩行	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
3. 下顎突出を含む特徴的な顔貌	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
4. 精神発達遅滞	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
5. てんかん発作	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明

B. 遺伝学的検査

遺伝子異常の有無 異常があった遺伝子には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. 検査範囲内異常なし	<input type="checkbox"/> 3. 検査未実施
<input type="checkbox"/> 第 15 番染色体の 15q11. 2-15q11. 3 領域に欠失 <input type="checkbox"/> 第 15 番染色体の 15q11. 2-15q11. 3 領域に片親性ダイソミー・インプリンティング異常 <input type="checkbox"/> UBE3A 遺伝子の変異			

症状の概要、経過、特記すべき事項など *500 文字以内かつ 14 行以内

■ 重症度分類に関する事項：直近6か月間で最も悪い状態を記載

- 小児（18歳未満）で基準(ア)または(イ)に該当する
- 基準(ア)症状として、けいれん発作、意識障害、体温調節異常、骨折又は脱臼のうち1つ以上続く場合であること
 - 基準(イ)治療で呼吸管理（人工呼吸器、気管切開術後、経鼻エアウェイ等の処置を必要とするものをいう。）、酸素療法又は胃管、胃瘻、中心静脈栄養等による栄養のうち1つ以上を行う場合であること
- 成人で以下の1または2に該当する
- 1. 難治性てんかんの場合：主な抗てんかん薬2～3種類以上の単剤あるいは多剤併用で、かつ十分量で、2年以上治療しても、発作が1年以上抑制されず日常生活に支障をきたす状態（日本神経学会による定義）
 - 2. 以下の状態に該当する
 - 気管切開
 - 非経口的栄養摂取（経管栄養、中心静脈栄養など）
 - 人工呼吸器使用
- いずれにも該当しない

■ その他の事項

臨床所見

てんかん発作に有効であった治療法 *発作の頻度もしくは重症度が 50%程度以上減少した場合を有効とする	<input type="checkbox"/> ACTH	<input type="checkbox"/> CBZ	<input type="checkbox"/> CLB	<input type="checkbox"/> CZP	<input type="checkbox"/> DZP
	<input type="checkbox"/> ESM	<input type="checkbox"/> FFA	<input type="checkbox"/> GBP	<input type="checkbox"/> KBr	<input type="checkbox"/> LCM
	<input type="checkbox"/> LEV	<input type="checkbox"/> LTG	<input type="checkbox"/> NZP	<input type="checkbox"/> PB/PRM	<input type="checkbox"/> PER
	<input type="checkbox"/> PHT	<input type="checkbox"/> PIR	<input type="checkbox"/> RFN	<input type="checkbox"/> ST	<input type="checkbox"/> Steroid
	<input type="checkbox"/> STP	<input type="checkbox"/> TPM	<input type="checkbox"/> VGB	<input type="checkbox"/> VitB6	<input type="checkbox"/> VPA
	<input type="checkbox"/> ZNS	<input type="checkbox"/> ケトン食	<input type="checkbox"/> てんかん外科		<input type="checkbox"/> VNS
	<input type="checkbox"/> その他の治療法	*その他の治療法を選択の場合、以下に記入			
<input type="checkbox"/> その他の疾患	*その他の疾患を選択の場合、以下に記入				

309-1 進行性ミオクローヌステんかん
(ウンフェルリヒト・ルンドボルグ病)

■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	---	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	-	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性) <input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方) <input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ <input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入							
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> Definite : Aの1の計4項目+Aの2のうち1項目以上+Bの3+Bの1、2のいずれか+Cを満たす
<input type="checkbox"/> Probable : Aの1の計4項目+Aの2のうち1項目以上+Bの3+Bの1、2のいずれかを満たし、Dの鑑別すべき疾患を除外したもの
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない

A. 症状

1. 症状	
(1) ミオクローヌス、てんかん発作で発症する。 多くは6~16歳	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
(2) 常染色体潜性遺伝(劣性遺伝)形式を呈する	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
(3) 発症数年後に小脳失調症状、認知機能障害が出現する	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
(4) 認知機能障害は軽度であることも多いが、経年的に悪化あるいは非進行性で経過する	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 発作症状	
(1) ミオクローヌスは、舌・顔面および四肢に比較的対称性に、同期性および非同期性に起こる	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
(2) 自発性ミオクローヌス以外に、刺激誘発性もある(感覚刺激やストレス負荷)。疲労時に増強しやすい。	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
(3) ミオクローヌスの群発が高じて時に全般強直間代発作に移行することがある	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明

B. 検査所見

1. 脳波：基礎律動の軽度徐波化、全般性突発波、多棘波、光過敏性を認める	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 皮質反射性ミオクローヌスの所見を認める	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 体性感覚誘発電位 (SEP) の早期皮質成分の巨大化 (巨大 SEP) <input type="checkbox"/> C 反射 <input type="checkbox"/> ジャークロックアベレージング (JLA) 法で先行棘波を認める	
3. 頭部 MRI：橋、中脳、小脳の萎縮と軽度大脳萎縮を認める	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明

C. 遺伝学的検査

遺伝子異常の有無 異常があった遺伝子には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. 検査範囲内異常なし <input type="checkbox"/> 3. 検査未実施
<input type="checkbox"/> EPM1 (CSTB)	

D. 鑑別診断

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。 除外できた疾病には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可 <input type="checkbox"/> 2. 除外不可 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> レノックス・ガストー症候群 <input type="checkbox"/> その他の進行性ミオクローヌステんかんを呈する疾患 *その他の進行性ミオクローヌステんかんを呈する疾患の場合、以下より選択	
<input type="checkbox"/> 脊髄小脳変性症 <input type="checkbox"/> ミトコンドリア病 <input type="checkbox"/> ライソゾーム病 <input type="checkbox"/> その他	

■ 重症度分類に関する事項

下記の精神保健福祉手帳診断基準における「G40 てんかん」の障害等級判定区分および障害者総合支援法における「精神症状・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"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<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のいずれかを満たす <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のいずれかを満たす <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のいずれかを満たす	

「G40 てんかん」の障害等級判定区分

<input type="checkbox"/> ハ、ニの発作が月に1回以上ある (1級程度) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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)
てんかん発作のタイプ イ. 意識障害はないが、随意運動が失われる発作 ロ. 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 ハ. 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 ニ. 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作

「精神症状・能力障害二軸評価」(2) 能力障害評価

<input type="checkbox"/> 1. 精神障害や知的障害を認めないか、または、精神障害、知的障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通に出来る <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、身の回りのことはほとんど出来ない

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など *500文字以内

(Blank area for symptoms, course, and special notes)
--

■ その他の事項

治療その他

てんかん発作に有効であった治療法 *発作の頻度もしくは重症度が 50%程度以上減少した場合は有効とする	<input type="checkbox"/> ACTH	<input type="checkbox"/> CBZ	<input type="checkbox"/> CLB	<input type="checkbox"/> CZP	<input type="checkbox"/> DZP
	<input type="checkbox"/> ESM	<input type="checkbox"/> FFA	<input type="checkbox"/> GBP	<input type="checkbox"/> KBr	<input type="checkbox"/> LCM
	<input type="checkbox"/> LEV	<input type="checkbox"/> LTG	<input type="checkbox"/> NZP	<input type="checkbox"/> PB/PRM	<input type="checkbox"/> PER
	<input type="checkbox"/> PHT	<input type="checkbox"/> PIR	<input type="checkbox"/> RFN	<input type="checkbox"/> ST	<input type="checkbox"/> Steroid
	<input type="checkbox"/> STP	<input type="checkbox"/> TPM	<input type="checkbox"/> VGB	<input type="checkbox"/> VitB6	<input type="checkbox"/> VPA
	<input type="checkbox"/> ZNS	<input type="checkbox"/> ケトン食	<input type="checkbox"/> てんかん外科		<input type="checkbox"/> VNS
	<input type="checkbox"/> その他の治療法	*その他の治療法を選択の場合、以下に記入			
	<input type="checkbox"/> その他の疾患	*その他の疾患を選択の場合、以下に記入			

309-2 進行性ミオクローヌスてんかん
(ラフォラ病)

■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	---	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	-	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性) <input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方) <input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ <input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入							
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> Definite : Aの1の計4項目+Aの2のうち1項目以上+Bの1、2のいずれか+Bの3、Bの4、Cのいずれかを満たす
<input type="checkbox"/> Probable : Aの1の計4項目+Aの2のうち1項目以上+Bの1、2のいずれかを満たし、Dの鑑別すべき疾患を除外したもの
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない

A. 症状

1. 症状	
(1) ミオクローヌス、てんかん発作で発症する。 多くは7~18歳	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
(2) 常染色体潜性遺伝(劣性遺伝)形式を呈する	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
(3) 発症数年後に小脳失調症状、認知機能障害が出現する	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
(4) 通常は数年で寝たきりとなる	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
2. 発作症状	
(1) 幻視からなる視覚発作。次いで動作性ならびに静止時ミオクローヌスが続発する。	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
(2) ミオクローヌスは、刺激誘発性もある(光・音刺激やストレス負荷)。疲労時に増強しやすい。	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
(3) ミオクローヌスの群発が高じて時に全般強直間代発作に移行することがある	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明

B. 検査所見

1. 脳波：基礎律動の徐波化、全般性突発波、多棘波、光過敏性を認める	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 皮質反射性ミオクローヌスの所見を認める	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 体性感覚誘発電位 (SEP) の早期皮質成分の巨大化 (巨大 SEP) <input type="checkbox"/> C 反射 <input type="checkbox"/> ジャークロックアベレージング (JLA) 法で先行棘波を認める	
3. 皮膚・神経生検材料：ラフォラ小体の同定 (ポリグルコサンを主とする過ヨウ素酸シッフ染色陽性・アミラーゼ非消化の凝集体)	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
4. アリルスルファターゼAの低下：特に緩徐進行性の経過をとる患者に認めることがある	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明

C. 遺伝学的検査

遺伝子異常の有無 異常があった遺伝子には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. 検査範囲内異常なし <input type="checkbox"/> 3. 検査未実施
<input type="checkbox"/> EPM2A	<input type="checkbox"/> EPM2B

D. 鑑別診断

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。 除外できた疾病には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可 <input type="checkbox"/> 2. 除外不可 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> レノックス・ガストー症候群	<input type="checkbox"/> その他の進行性ミオクローヌステんかんを呈する疾患 *その他の進行性ミオクローヌステんかんを呈する疾患の場合、以下より選択
<input type="checkbox"/> 脊髄小脳変性症	<input type="checkbox"/> ミトコンドリア病 <input type="checkbox"/> ライツゾーム病 <input type="checkbox"/> その他

■ 重症度分類に関する事項

下記の精神保健福祉手帳診断基準における「G40 てんかん」の障害等級判定区分および障害者総合支援法における「精神症状・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"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<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のいずれかを満たす <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のいずれかを満たす <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のいずれかを満たす	

「G40 てんかん」の障害等級判定区分

<input type="checkbox"/> ハ、ニの発作が月に1回以上ある (1級程度) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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)
てんかん発作のタイプ イ. 意識障害はないが、随意運動が失われる発作 ロ. 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 ハ. 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 ニ. 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作

「精神症状・能力障害二軸評価」(2) 能力障害評価

<input type="checkbox"/> 1. 精神障害や知的障害を認めないか、または、精神障害、知的障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通に出来る <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、身の回りのことはほとんど出来ない

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など *500文字以内

(Blank area for symptoms, course, and special notes)
--

■ その他の事項

治療その他

てんかん発作に有効であった治療法 *発作の頻度もしくは重症度が 50%程度以上減少した場合は有効とする	<input type="checkbox"/> ACTH	<input type="checkbox"/> CBZ	<input type="checkbox"/> CLB	<input type="checkbox"/> CZP	<input type="checkbox"/> DZP
	<input type="checkbox"/> ESM	<input type="checkbox"/> FFA	<input type="checkbox"/> GBP	<input type="checkbox"/> KBr	<input type="checkbox"/> LCM
	<input type="checkbox"/> LEV	<input type="checkbox"/> LTG	<input type="checkbox"/> NZP	<input type="checkbox"/> PB/PRM	<input type="checkbox"/> PER
	<input type="checkbox"/> PHT	<input type="checkbox"/> PIR	<input type="checkbox"/> RFN	<input type="checkbox"/> ST	<input type="checkbox"/> Steroid
	<input type="checkbox"/> STP	<input type="checkbox"/> TPM	<input type="checkbox"/> VGB	<input type="checkbox"/> VitB6	<input type="checkbox"/> VPA
	<input type="checkbox"/> ZNS	<input type="checkbox"/> ケトン食	<input type="checkbox"/> てんかん外科		<input type="checkbox"/> VNS
	<input type="checkbox"/> その他の治療法	*その他の治療法を選択の場合、以下に記入			
	<input type="checkbox"/> その他の疾患	*その他の疾患を選択の場合、以下に記入			

309-3 進行性ミオクローヌスてんかん
(良性成人型家族性ミオクローヌスてんかん)

■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	---	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	-	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性)							
	<input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方)							
<input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ								
<input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入								
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

<input type="checkbox"/> Definite : Aの1の計3項目+Aの2のうち1項目以上+Bの2項目+Cのいずれかを満たすもの
<input type="checkbox"/> Probable : Aの1の計3項目+Aの2のうち1項目以上+Bの2項目を満たし、Dの鑑別すべき疾患を除外したもの
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない

A. 症状

1. 症状	
(1) 成人以降から中年期に発症、時に臨床的表現促進現象で10歳以降に発症する	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
(2) 浸透率の高い常染色体顕性遺伝(優性遺伝)を呈する	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
(3) 認知機能低下や小脳失調は認めない	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 発作症状	
(1) 振戦様ミオクローヌス(皮質振戦) : 本態性振戦に類似したミオクローヌスを両上肢中心に認める。緩徐進行性で特に60歳前後の老年期に悪化する。ミオクローニー発作も認める。	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
(2) 稀発全般強直間代発作 : 通常年1回未満の頻度。光過敏性を有することもある	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明

B. 検査所見

1. 脳波 : 全般性突発波、多棘波、光過敏性を特徴とする。基礎律動の軽度徐波化	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 皮質反射性ミオクローヌスの所見を認める	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> 体性感覚誘発電位(SEP)の早期皮質成分の巨大化(巨大SEP) <input type="checkbox"/> C反射 <input type="checkbox"/> ジャークロックアベレージング(JLA)法で先行棘波を認める	
3. 形態画像、機能画像共に明らかな異常を認めないが、中高年以降に軽度の脳萎縮を示す	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明

C. 遺伝学的検査

遺伝子異常の有無 異常があった遺伝子には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. 検査範囲内異常なし <input type="checkbox"/> 3. 検査未実施
<input type="checkbox"/> SAMD12 <input type="checkbox"/> TNRC6A <input type="checkbox"/> RAPGEF2	

D. 鑑別診断

以下の疾病を鑑別し、全て除外できる。 除外できた疾病には☑を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可 <input type="checkbox"/> 2. 除外不可 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<input type="checkbox"/> レノックス・ガストー症候群 <input type="checkbox"/> その他の進行性ミオクローヌステんかんを呈する疾患 *その他の進行性ミオクローヌステんかんを呈する疾患の場合、以下より選択	
<input type="checkbox"/> 脊髄小脳変性症 <input type="checkbox"/> ミトコンドリア病 <input type="checkbox"/> ライソゾーム病 <input type="checkbox"/> その他	

■ 重症度分類に関する事項

下記の精神保健福祉手帳診断基準における「G40 てんかん」の障害等級判定区分および障害者総合支援法における「精神症状・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"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当 <input type="checkbox"/> 3. 不明
<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のいずれかを満たす <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のいずれかを満たす <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のいずれかを満たす	

「G40 てんかん」の障害等級判定区分

<input type="checkbox"/> ハ、ニの発作が月に1回以上ある (1級程度) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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)
てんかん発作のタイプ イ. 意識障害はないが、随意運動が失われる発作 ロ. 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 ハ. 意識障害の有無を問わず、転倒する発作 ニ. 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作

「精神症状・能力障害二軸評価」(2) 能力障害評価

<input type="checkbox"/> 1. 精神障害や知的障害を認めないか、または、精神障害、知的障害を認めるが、日常生活および社会生活は普通に出来る <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、身の回りのことはほとんど出来ない

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など *500文字以内

(Blank area for symptoms, course, and special items)
--

■ その他の事項

治療その他

てんかん発作に有効であった治療法 *発作の頻度もしくは重症度が 50%程度以上減少した場合は有効とする	<input type="checkbox"/> ACTH	<input type="checkbox"/> CBZ	<input type="checkbox"/> CLB	<input type="checkbox"/> CZP	<input type="checkbox"/> DZP
	<input type="checkbox"/> ESM	<input type="checkbox"/> FFA	<input type="checkbox"/> GBP	<input type="checkbox"/> KBr	<input type="checkbox"/> LCM
	<input type="checkbox"/> LEV	<input type="checkbox"/> LTG	<input type="checkbox"/> NZP	<input type="checkbox"/> PB/PRM	<input type="checkbox"/> PER
	<input type="checkbox"/> PHT	<input type="checkbox"/> PIR	<input type="checkbox"/> RFN	<input type="checkbox"/> ST	<input type="checkbox"/> Steroid
	<input type="checkbox"/> STP	<input type="checkbox"/> TPM	<input type="checkbox"/> VGB	<input type="checkbox"/> VitB6	<input type="checkbox"/> VPA
	<input type="checkbox"/> ZNS	<input type="checkbox"/> ケトン食	<input type="checkbox"/> てんかん外科		<input type="checkbox"/> VNS
	<input type="checkbox"/> その他の治療法	*その他の治療法を選択の場合、以下に記入			
<input type="checkbox"/> その他の疾患	*その他の疾患を選択の場合、以下に記入				