

臨床調査個人票 認定 不認定  
011. 重症筋無力症(更新)

※診断書には過去6ヶ月間で一番悪い状態の内容を記載してください。  
※診断基準、重症度分類については、「難病に係る診断基準及び重症度分類等について」  
(平成26年11月12日健発1112第1号健康局長通知)を参照の上、ご記入ください。  
※審査のため、検査結果等について別途提出をお願いすることがあります。

■基本情報

氏名および受給者番号		受給者番号 ( )	
姓(漢字)	名(漢字)	姓(かな)	名(かな)
住所			
郵便番号	住所		
生年月日等			
生年月日	西暦	年	月 日 性別 1.男 2.女

■重症度分類に関する事項

※治療開始後における重症度分類については、適切な医学的管理の下で治療が行われている状態で、直近6か月間で最も悪い状態を記載してください。

MGFA分類でClass I 以上	左記の重症度を 1. 満たす 2. 満たさない (*軽症者へ)
-------------------	------------------------------------

(\*軽症者) 審査の結果、「重症度を満たさない」と判定された場合は、更新申請手続きを行う月以前の12か月以内に指定難病に係る医療費(10割分)が33,330円を超える月数が3か月以上あることを確認できる「自己負担上限額管理票」等の提出を行わないと、医療費助成は継続されません。

MGFA分類	
該当するものにチェック☑	
<input type="checkbox"/> Class I	眼筋型、眼輪筋の筋力低下も含む。他の全ての筋力は正常。
<input type="checkbox"/> Class II a	眼以外の筋の軽度の筋力低下。眼の症状の程度は問わない。四肢・体軸>口腔・咽頭・呼吸筋の筋力低下。
<input type="checkbox"/> Class II b	眼以外の筋の軽度の筋力低下。眼の症状の程度は問わない。四肢・体軸≤口腔・咽頭・呼吸筋の筋力低下。
<input type="checkbox"/> Class III a	眼以外の筋の中等度の筋力低下。眼の症状の程度は問わない。四肢・体軸>口腔・咽頭・呼吸筋の筋力低下。
<input type="checkbox"/> Class III b	眼以外の筋の中等度の筋力低下。眼の症状の程度は問わない。四肢・体軸≤口腔・咽頭・呼吸筋の筋力低下。
<input type="checkbox"/> Class IV a	眼以外の筋の高度の筋力低下。眼の症状の程度は問わない。四肢・体軸>口腔・咽頭・呼吸筋の筋力低下。
<input type="checkbox"/> Class IV b	眼以外の筋の高度の筋力低下。眼の症状の程度は問わない。四肢・体軸≤口腔・咽頭・呼吸筋の筋力低下。
<input type="checkbox"/> Class V	気管挿管されている者、人工呼吸器装着の有無は問わない。眼の症状の程度は問わない。 (通常の術後管理として、挿管されている場合は、この分類に入れない。気管挿管はなく、経管栄養チューブを挿入している場合は、Class IVbに分類する。)
<input type="checkbox"/> Class I ~ Class V のいずれにも該当しない	

MG - A D L スケール																									
合計	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
会話	0	1	2	3																					
咀嚼	0	1	2	3																					
嚥下	0	1	2	3																					
呼吸	0	1	2	3																					
歯磨き・櫛使用の障害	0	1	2	3																					
椅子からの立ち上がり障害	0	1	2	3																					
複視	0	1	2	3																					
眼瞼下垂	0	1	2	3																					

連絡事項

■発症と経過

発病時の状況	
発症年月	西暦 年 月

■臨床所見

経過					
日内変動	1. あり	2. なし	3. 不明		
易疲労性	1. あり	2. なし	3. 不明		
クリーゼの既往	1. あり	2. なし	3. 不明		
臨床症状					
眼瞼下垂	1. あり	2. なし		眼球運動障害	1. あり 2. なし
顔面筋筋力低下	1. あり	2. なし		頸筋筋力低下	1. あり 2. なし
四肢・体幹筋力低下	1. あり	2. なし		嚥下障害	1. あり 2. なし
構音障害	1. あり	2. なし		呼吸困難	1. あり 2. なし
反復運動による症状増悪（易疲労性）、休息で一時的に回復	1. あり	2. なし		症状の日内変動 (朝が夕方より軽い)	1. あり 2. なし
その他					
合併症	1. なし 2. 橋本病 3. パセドウ病 4. 関節リウマチ 5. 全身性エリテマトーデス 6. その他				
特記事項					
現在の内服治療					
抗コリンエステラーゼ薬の有無	1. あり 2. なし	《治療効果》 1. 改善 2. 不変 3. 悪化 4. 不明			
副腎皮質ステロイドの有無	1. あり 2. なし	プレドニゾン換算 プレドニゾン換算単位	1. 連日	2. 隔日	mg/連日・隔日
	《治療効果》	1. 改善	2. 不変	3. 悪化	4. 不明
免疫抑制剤(タクロリムス)の有無	1. あり 2. なし	投与量	mg/日		
	《治療効果》	1. 改善	2. 不変	3. 悪化	4. 不明
免疫抑制剤(タクロリムス以外の治療)の有無	1. あり 2. なし	薬剤名	mg/日・週 《投与量単位》 1. 日 2. 週		
	《投与量》	1. 改善	2. 不変	3. 悪化	4. 不明
	《治療効果》	1. 改善	2. 不変	3. 悪化	4. 不明
現在又は過去に行った内服以外の治療					
血液浄化療法の有無	1. あり 2. なし 3. 不明	治療効果	1. 改善	2. 不変	3. 悪化 4. 不明
IVIg 療法の有無	1. あり 2. なし 3. 不明	治療効果	1. 改善	2. 不変	3. 悪化 4. 不明
ステロイドパルス療法の有無	1. あり 2. なし 3. 不明	治療効果	1. 改善	2. 不変	3. 悪化 4. 不明
その他の治療の有無	1. あり 2. なし 3. 不明	薬剤名 ( )	《治療効果》 1. 改善 2. 不変 3. 悪化 4. 不明		
人工呼吸器（使用者のみ詳細記入） ※本疾患により装着している者に限る					
使用の有無	1. あり 2. なし				
<以下有の場合> 開始時期	西暦	年	月	離脱の見込み	1. あり 2. なし
種類	1. 気管切開口を介した人工呼吸器 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器				
施行状況	1. 間欠的施行 2. 夜間に継続的に施行 3. 一日中施行 4. 現在は未施行				
生活状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	車椅子とベッド間の移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 軽度介助	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能		
	トイレ動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能		
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 軽度介助	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 不能	
	着替え	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	排便コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
医療機関名				指定医番号	
医療機関所在地				医師の氏名	
電話番号					
記載年月日: 年 月 日					

この臨床調査個人票は、大阪府更新申請用です。「難病指定医」又は「協力難病指定医」でなければ作成できません。