

臨床調査個人票 認定 不認定

127 前頭側頭葉変性症（更新）

注意事項

すべての項目を可能な限り記入してください。なお、太枠部分は更新の審査において必須の項目となりますので、必ず記入してください。また、本疾患の更新用の臨床調査個人票は、受給者証に記載の枝番及び病型に関わらず共通です。

■ 基本情報その1

受給者番号

氏名			
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（該当する項目に☑を記入する）

※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ヵ月間で最も悪い状態を記載してください。

下記の重症度分類を用いて“3”以上を対象とする	左記の重症度を <input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 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。

（行動異常型）前頭側頭型認知症における重症度分類に関する事項（該当する項目に☑を記入する）

<input type="checkbox"/> 0. 社会的に適切な行動を行える <input type="checkbox"/> 1. 態度、共感、行為の適切さに最低限だが明らかな変化 <input type="checkbox"/> 2. 行動、態度、共感、行為の適切さにおいて、軽度ではあるが明らかな変化 <input type="checkbox"/> 3. 対人関係や相互のやり取りに相当な影響を及ぼす中等度の行動変化 <input type="checkbox"/> 4. 対人相互関係が総て一方向性である高度の障害

意味性認知症における重症度分類に関する事項（該当する項目に☑を記入する）

<input type="checkbox"/> 0. 正常発語、正常理解 <input type="checkbox"/> 1. 最低限だが明らかな喚語障害。通常会話では、理解は正常。 <input type="checkbox"/> 2. しばしば生じる発語を大きく阻害するほどではない程度の軽度の喚語障害、軽度の理解障害 <input type="checkbox"/> 3. コミュニケーションを阻害する中等度の喚語障害、通常会話における中等度の理解障害 <input type="checkbox"/> 4. 高度の喚語障害、言語表出障害、理解障害により実質的にコミュニケーションが不能
--

■ 病型（該当する項目に☑を記入する）

<input type="checkbox"/> （行動異常型）前頭側頭型認知症 <input type="checkbox"/> 意味性認知症
--

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など

--

■ 基本情報その2

出生市区町村					
出生時氏名 (変更のある場合)		姓(漢字)	名(漢字)		
		姓(かな)	名(かな)		
家族歴	近親者の発症者の有無	1.あり 2.なし 3.不明			
		発症者続柄 1.父 2.母 3.子 4.同胞(男性) 5.同胞(女性) 6.祖父(父方) 7.祖母(父方) 8.祖父(母方) 9.祖母(母方) 10.いとこ 11.その他()			
発病時の状況	発症年月	西暦	年	月	
社会保障	介護認定	1.要介護 2.要支援 3.なし		要介護度	1 2 3 4 5
生活状況	移動の程度	1.歩き回るのに問題はない 2.いづらか問題がある 3.寝たきりである			
	身の回りの管理	1.洗面や着替えに問題はない 2.いづらか問題がある 3.自分でできない			
	ふだんの活動	1.問題はない 2.いづらか問題がある 3.行うことができない			
	痛み/不快感	1.ない 2.中程度ある 3.ひどい			
	不安/ふさぎ込み	1.問題はない 2.中程度 3.ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる			

■ 治療その他 (該当する項目に☑を記入する)

☐非経口的栄養摂取 (経管栄養、中心静脈栄養など)	導入日	西暦	年	月	1.実施 2.未実施 3.不明
---------------------------	-----	----	---	---	-----------------

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入) ※本疾患により装着している者に限る

使用の有無	1.あり				
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	☐自立 ☐部分介助 ☐全介助	車椅子とベッド間の移動	☐自立 ☐軽度介助 ☐部分介助 ☐全介助	
	整容	☐自立 ☐部分介助/不可能	トイレ動作	☐自立 ☐部分介助 ☐全介助	
	入浴	☐自立 ☐部分介助/不可能	歩行	☐自立 ☐軽度介助 ☐部分介助 ☐全介助	
	階段昇降	☐自立 ☐部分介助 ☐不能	着替え	☐自立 ☐部分介助 ☐全介助	
	排便コントロール	☐自立 ☐部分介助 ☐全介助	排尿コントロール	☐自立 ☐部分介助 ☐全介助	

医療機関名	指定医番号																				
	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
医療機関所在地	医師の氏名																				
電話番号	_____																				
記載年月日: 年 月 日																					

・病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、診断基準上に特段の規定がない場合には、いずれの時期のものを用いても差し支えありません。(ただし、当該疾病の経過を示す臨床症状等であって、確認可能なものに限ります。)

・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ヵ月間で最も悪い状態を記載してください。

・診断基準、重症度分類については、「指定難病に係る診断基準及び重症度分類等について」(平成27年5月13日健発0513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。

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。