

■発症と経過

発病時の状況													
発症年月	西暦	年	月										
経過													
経過の状態	1. 単相性 2. 多相性 3. 慢性進行性 臨床的再発 回 慢性進行性の場合 西暦 年 月頃から												
特記事項													
現在の治療と効果													
インターフェロンβ	(投与期間 : 有効・無効・判定不能 : 重大な副作用)												
フィンゴリモド	(投与期間 : 有効・無効・判定不能 : 重大な副作用)												
ナタリズマブ	(投与期間 : 有効・無効・判定不能 : 重大な副作用)												
グラチラマー	(投与期間 : 有効・無効・判定不能 : 重大な副作用)												
免疫抑制薬 種類 :	(投与期間 : 有効・無効・判定不能 : 重大な副作用)												
経口ステロイド持続投与	(投与期間 : 有効・無効・判定不能 : 重大な副作用)												
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												
	<table border="1"> <tr> <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													

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。