

臨床調査個人票 認定 不認定
068. 黄色靭帯骨化症(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	西暦 年 月 日	性別	1.男 2.女

■重症度分類に関する事項

靭帯骨化による運動機能障害		いずれか一方でも「いいえ」は重症度を満たさない
画像所見で黄色靭帯骨化が証明される	1.はい 2.いいえ	
それが神経障害の原因となって、日常生活上支障となる著しい運動機能障害を伴う		1.はい 2.いいえ
機能評価		
I 上肢運動機能	0. 箸又はスプーンのいずれを用いても自力では食事をする事ができない。(0点) 1. スプーンを用いて自力で食事ができるが、箸ではできない。(1点) 2. 不自由ではあるが、箸を用いて食事ができる。(2点) 3. 箸を用いて日常食事をしているが、ぎこちない。(3点) 4. 正常(4点)	0. ~4. のいずれかに○を記入してください。
II 下肢運動機能	0. 歩行できない。(0点) 1. 平地でも杖又は支持を必要とする。(1点) 2. 平地では杖又は支持を必要としないが、階段ではこれらを要する。(2点) 3. 平地・階段ともに杖又は支持を必要としないが、ぎこちない。(3点) 4. 正常(4点)	
頸髄症: I 上肢運動機能、II 下肢運動機能のいずれかが2点以下である		1.はい 2.いいえ
頸髄症: I、II の合計点が6点または7点であっても手術治療を行う場合(※)		1.はい(※) 2.いいえ
胸髄症あるいは腰髄症: II 下肢運動の評価項目が2点以下		1.はい 2.いいえ
胸髄症あるいは腰髄症: II が3点でも手術治療を行う場合(※)		1.はい(※) 2.いいえ
すべて「いいえ」は重症度を満たさない		

(※)「手術治療を行う場合」とは、「過去6か月以内」または「今後の予定」の手術治療を指します。
 「1. はい」の場合は、手術予定の時期を必ず明記してください。(時期未定は不可)

■治療その他

今まで手術した部位					
頸椎前方	1.あり 2.なし	時期 西暦 年 月	頸椎後方	1.あり 2.なし	時期 西暦 年 月
胸椎前方	1.あり 2.なし	時期 西暦 年 月	胸椎後方	1.あり 2.なし	時期 西暦 年 月
腰椎前方	1.あり 2.なし	時期 西暦 年 月	腰椎後方	1.あり 2.なし	時期 西暦 年 月
今後手術予定の部位					
頸椎前方	1.あり 2.なし	時期 西暦 年 月	頸椎後方	1.あり 2.なし	時期 西暦 年 月
胸椎前方	1.あり 2.なし	時期 西暦 年 月	胸椎後方	1.あり 2.なし	時期 西暦 年 月
腰椎前方	1.あり 2.なし	時期 西暦 年 月	腰椎後方	1.あり 2.なし	時期 西暦 年 月

※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。

下記の(1)、(2)の項目を満たす (1) 画像所見で黄色靭帯骨化が証明され、しかもそれが神経障害の原因となって、日常生活上支障となる著しい運動機能障害を伴う (2) 運動機能障害は、日本整形外科学会頸部脊椎症性脊髄症治療成績判定基準の上肢運動機能 I と下肢運動機能 II で評価し、次の①又は②を満たす ①頸髄症: I 上肢運動機能、II 下肢運動機能のいずれかが2点以下 (ただし、I、II の合計点が6点または7点であっても手術治療を行う場合は認める) ②胸髄症あるいは腰髄症: II 下肢運動の評価項目が2点以下 (ただし、3点でも手術治療を行う場合は認める)	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。

発病時の状況	
発症年月	西暦 年 月
特記事項	

■臨床所見（6か月以内の状況：西暦 年 月 日）

自覚症状													
四肢・躯幹のしびれ、痛み、感覚障害	1.あり 2.なし 3.不明	四肢・躯幹の運動障害	1.あり 2.なし 3.不明										
膀胱直腸障害	1.あり 2.なし 3.不明	脊柱の可動域制限	1.あり 2.なし 3.不明										
四肢の腱反射異常	1.あり 2.なし 3.不明	四肢の病的反射	1.あり 2.なし 3.不明										
生活機能障害度													
1.日常生活、通院にほとんど介助を要しない。 2.日常生活、通院に部分介助を要する。 3.日常生活に全面的な介助を要し、独力では歩行起立不能。													
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" style="width: 100%; height: 20px;"><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。