

069 後縦靭帯骨化症

■ 患者情報

保険情報	保険者番号		被保険者記号	
	被保険者番号		被保険者 個人単位枝番	
	資格取得 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
氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
以前の登録氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
住所	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"/>		
	都道府県			
	市区町村			
	丁目番地等			
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	
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性			
出生地	都道府県			
	市区町村			

■ 基本情報

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	
発症時期	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
社会保障		
介護認定	<input type="checkbox"/> 1. 要介護 <input type="checkbox"/> 2. 要支援 <input type="checkbox"/> 3. なし	
要介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
生活状況		
移動の程度	<input type="checkbox"/> 1. 歩き回るのに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 寝たきりである	
身の回りの管理	<input type="checkbox"/> 1. 洗面や着替えに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 自分でできない	
ふだんの活動	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 行うことができない	
痛み／不快感	<input type="checkbox"/> 1. ない <input type="checkbox"/> 2. 中程度ある <input type="checkbox"/> 3. ひどい	
不安／ふさぎ込み	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. 中程度 <input type="checkbox"/> 3. ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる	
手帳取得状況		
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり（等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級）	
療育手帳	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり	
精神障害者 保健福祉手帳 （障害者手帳）	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり（等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級）	
人工呼吸器等装着者認定基準に該当		
<input type="checkbox"/> 1. する <input type="checkbox"/> 2. しない <input type="checkbox"/> 3. 不明		

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

Definite : Bの画像所見に加え、Aの所見が認められ、それが靭帯骨化と因果関係がある	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
--	--------------------------------	---------------------------------

A. 臨床所見

自覚症状・身体所見			
1. 四肢・躯幹のしびれ、痛み、感覚障害	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
2. 四肢・躯幹の運動障害	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
3. 膀胱直腸障害	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
4. 脊柱の可動域制限	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
5. 四肢の腱反射異常	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
6. 四肢の病的反射	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明

B. 検査所見

画像所見			
1. 単純X線写真： 脊柱靭帯骨化巣 (後縦靭帯骨化又は 黄色靭帯骨化) がみられる	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当		
	検査年月日	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	
	頸椎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未撮影	
		認められた靭帯骨化	<input type="checkbox"/> 1. 後縦靭帯 <input type="checkbox"/> 2. 黄色靭帯
	胸椎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未撮影	
		認められた靭帯骨化	<input type="checkbox"/> 1. 後縦靭帯 <input type="checkbox"/> 2. 黄色靭帯
	腰椎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未撮影	
		認められた靭帯骨化	<input type="checkbox"/> 1. 後縦靭帯 <input type="checkbox"/> 2. 黄色靭帯

2. CT : 脊柱管内に 靭帯骨化がみられる	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当		
	検査年月日	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
	頸椎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未撮影	
		認められた靭帯骨化	<input type="checkbox"/> 1. 後縦靭帯 <input type="checkbox"/> 2. 黄色靭帯
	胸椎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未撮影	
		認められた靭帯骨化	<input type="checkbox"/> 1. 後縦靭帯 <input type="checkbox"/> 2. 黄色靭帯
	腰椎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未撮影	
認められた靭帯骨化		<input type="checkbox"/> 1. 後縦靭帯 <input type="checkbox"/> 2. 黄色靭帯	
3. MRI : 靭帯骨化巣 による脊髄圧迫が みられる	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当		
	検査年月日	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
	頸椎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未撮影	
		認められた靭帯骨化	<input type="checkbox"/> 1. 後縦靭帯 <input type="checkbox"/> 2. 黄色靭帯
	胸椎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未撮影	
		認められた靭帯骨化	<input type="checkbox"/> 1. 後縦靭帯 <input type="checkbox"/> 2. 黄色靭帯
	腰椎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未撮影	
認められた靭帯骨化		<input type="checkbox"/> 1. 後縦靭帯 <input type="checkbox"/> 2. 黄色靭帯	
脊髄圧迫	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未撮影		

C. 鑑別診断（新規）

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"/> 1. 強直性脊椎炎	<input type="checkbox"/> 2. 変形性脊椎症	<input type="checkbox"/> 3. 強直性脊椎骨増殖症	
<input type="checkbox"/> 4. 脊柱管狭窄症	<input type="checkbox"/> 5. 椎間板ヘルニア	<input type="checkbox"/> 6. 脊柱奇形	
<input type="checkbox"/> 7. 脊椎・脊髄腫瘍	<input type="checkbox"/> 8. 運動ニューロン疾患	<input type="checkbox"/> 9. 痙性脊髄麻痺（家族性痙性対麻痺）	
<input type="checkbox"/> 10. 多発ニューロパチー	<input type="checkbox"/> 11. 脊髄炎	<input type="checkbox"/> 12. 末梢神経障害	
<input type="checkbox"/> 13. 筋疾患	<input type="checkbox"/> 14. 脊髄小脳変性症	<input type="checkbox"/> 15. 脳血管障害	
<input type="checkbox"/> 16. その他			

■ 重症度分類に関する事項

靭帯骨化による運動機能障害	
画像所見で後縦靭帯骨化または黄色靭帯骨化が証明される	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
機能評価	
評価年月日	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="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> いずれにも該当しない	
I 上肢運動機能	<input type="checkbox"/> 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ことができない。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 2. 不自由ではあるが、箸を用いて食事ができる。 <input type="checkbox"/> 3. 箸を用いて日常食事をしているが、ぎこちない。 <input type="checkbox"/> 4. 正常

II 下肢運動機能	<input type="checkbox"/> 0. 歩行できない。 <input type="checkbox"/> 1. 平地でも杖又は支持を必要とする。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 4. 正常
-----------	---

今後手術予定の部位			
頸椎前方	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
頸椎後方	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
胸椎前方	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
胸椎後方	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
腰椎前方	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
腰椎後方	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月

■ 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

ア. 臨床所見

生活機能障害度	
<input type="checkbox"/> 1. 日常生活、通院にほとんど介助を要しない	<input type="checkbox"/> 2. 日常生活、通院に部分介助を要する
<input type="checkbox"/> 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	
血液・生化学検査所見の異常	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし

イ. 治療その他

今まで手術した部位				
頸椎前方	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	時期	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
頸椎後方	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	時期	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
胸椎前方	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	時期	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
胸椎後方	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	時期	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
腰椎前方	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	時期	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
腰椎後方	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	時期	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月

ウ. 機能評価

評価年月日	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		
知覚	上肢	<input type="checkbox"/> 0. 明白な知覚障害がある。 <input type="checkbox"/> 1. 軽度の知覚障害又はしびれ感がある。 <input type="checkbox"/> 2. 正常	
	下肢	<input type="checkbox"/> 0. 明白な知覚障害がある。 <input type="checkbox"/> 1. 軽度の知覚障害又はしびれ感がある。 <input type="checkbox"/> 2. 正常	
	躯幹	<input type="checkbox"/> 0. 明白な知覚障害がある。 <input type="checkbox"/> 1. 軽度の知覚障害又はしびれ感がある。 <input type="checkbox"/> 2. 正常	

膀胱	<input type="checkbox"/> 0. 尿閉 <input type="checkbox"/> 1. 高度の排尿困難（残尿感、努嘔、淋瀝） <input type="checkbox"/> 2. 軽度の排尿困難（頻尿、開始遅延） <input type="checkbox"/> 3. 正常
----	--

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

使用の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり						
開始時期	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月
離脱の見込み	<input type="checkbox"/> 1. あり			<input type="checkbox"/> 2. なし			
種類	<input type="checkbox"/> 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器			<input type="checkbox"/> 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器			
施行状況	<input type="checkbox"/> 1. 間欠的施行		<input type="checkbox"/> 2. 夜間に継続的に施行		<input type="checkbox"/> 3. 一日中施行		<input type="checkbox"/> 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	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
医療機関所在地												
電話番号	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	*ハイフンを除き、左詰めで記入
医師の氏名												
記載年月日	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
診断年月日	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

- ・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です。)
- ・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か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。
- ・診断年月日欄には、本臨床調査個人票に記載された内容を診断した日を記載してください。
- ・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。

■ 行政記載欄

担当自治体				
受理日	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	
公費負担者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
認定結果	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 不認定			
研究同意の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
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"/>			
有効期限	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	
階層区分	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 上位所得 <input type="checkbox"/> その他			
軽症者登録	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
保険情報	保険者番号	<input type="text"/>	被保険者記号	<input type="text"/>
	被保険者番号	<input type="text"/>	被保険者 個人単位枝番	<input type="text"/>
	資格取得 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