

## 2 多発性硬化症 臨床調査個人票

(1. 新規)

ふりがな			性別	1. 男 2. 女	生 年 月 日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成	年 月 日 生	(満 歳)
氏 名								
住 所	郵便番号			電 話 ( )		出 生 都 道 府 県	発病時在住 都 道 府 県	
発 病 年 月	1. 昭和 年 月 (満 歳) 2. 平成	初診年月日	1. 昭和 年 月 日 2. 平成	保 険 種 別	1. 政 2. 組 3. 船 4. 共 5. 国 6. 老			
身体障害者 手 帳	1. あり (等級 ____ 級) 2. なし	介 護 認 定	1. 要介護 (要介護度 ____ ) 2. 要支援 3. なし					
生 活 状 況	社会活動 (1. 就労 2. 就学 3. 家事労働 4. 在宅療養 5. 入院 6. 入所 7. その他 (____)) 日常生活 (1. 正常 2. やや不自由であるが独力で可能 3. 制限があり部分介助 4. 全面介助)							
家 族 歴	1. あり 2. なし 3. 不明	受 診 状 況	1. 主に入院 2. 入院と通院半々 3. 主に通院 (____/月) ありの場合 (続柄 ) 4. 往診あり 5. 入通院なし 6. その他 ( )					
発症と経過 (具体的に記述)								
【WISH 入力不要】								
発 症 時 の 職 業								
疾 患 の 分 類	1. MS (1. 再発寛解型 2. 一次性慢性進行型 3. 二次性慢性進行型) 2. Devic病 (単相性) 3. Balo病							
初 発 症 状					誘 因			
視力障害	1. あり 2. なし 3. 不明	運動麻痺	1. あり 2. なし 3. 不明	1. 過労	2. 外傷			
ありの場合	1. 右 2. 左 3. 両側	歩行障害	1. あり 2. なし 3. 不明	3. 手術	4. 婚姻			
複視	1. あり 2. なし 3. 不明	排尿障害	1. あり 2. なし 3. 不明	5. ワクチン	6. 出産			
感覚障害	1. あり 2. なし 3. 不明	その他	1. あり 2. なし 3. 不明	7. 感染症				
小脳性運動失調	1. あり 2. なし 3. 不明	具体的に [						
構音障害	1. あり 2. なし 3. 不明	]						
経 過	1. 単相性 2. 多相性 (再発 回) 3. 慢性進行性 (昭和・平成 年 月頃～)							
臨 床 所 見 (平成 年 月 日)								
視力障害	1. あり 2. なし 3. 不明	感覚鈍麻	1. あり 2. なし 3. 不明					
ありの場合 部位	1. 右 2. 左 3. 両側	ありの場合 左右差	1. あり 2. なし 3. 不明					
複視	1. あり 2. なし 3. 不明	精神症状	1. あり 2. なし 3. 不明					
腱反射亢進	1. あり 2. なし 3. 不明	全身けいれん	1. あり 2. なし 3. 不明					
ありの場合 左右差	1. あり 2. なし 3. 不明	構音障害	1. あり 2. なし 3. 不明					
病的反射	1. あり 2. なし 3. 不明	嚥下障害	1. あり 2. なし 3. 不明					
ありの場合 左右差	1. あり 2. なし 3. 不明	膀胱障害	1. あり 2. なし 3. 不明					
運動麻痺	1. あり 2. なし 3. 不明	有痛性強直性攣縮	1. あり 2. なし 3. 不明					
ありの場合 左右差	1. あり 2. なし 3. 不明	その他						
小脳性運動失調	1. あり 2. なし 3. 不明	具体的に [						
ありの場合 左右差	1. あり 2. なし 3. 不明	]						
臨 床 症 候 か ら み た 病 巣	1. 大脳 2. 小脳 3. 脳幹 4. 脊髄 5. 視神経 (1. 右 2. 左 3. 両側) 6. 末梢神経							
E D S S	0 1.0 1.5 2.0 2.5 3.0 3.5 4.0 4.5 5.0 5.5 6.0 6.5 7.0 7.5 8.0 8.5 9.0 9.5 10							
脊 髓 機 能 ・ 運 動 機 能 ・ 視 力 の 障 害 度 ス ケ ー ル								
脊 髓 機 能	運 動 機 能	視 力						
		右	左					
0. 正常	0. 障害なし	0. 障害なし	0. 障害なし					
1. 異常所見のみ	1. 軽度 (日常生活に不自由なし)	1. 文字 (新聞、雑誌など) を読めるが、少しでも 障害がある	1. 文字 (新聞、雑誌など) を読めるが、少しでも 障害がある					
2. 軽度の障害	2. 中等度 (歩行は可能であるが、日常 生活は不自由)	2. 指数弁	2. 指数弁					
3. 中等度の対麻痺、中等度の感覚障害 レベル又は帯状感	3. 重度 (車いす)	3. 光覚弁、手動弁	3. 光覚弁、手動弁					
4. 高度の対麻痺又は感覚障害レベル	4. 寝たきり	4. 盲目	4. 盲目					
5. 完全な対麻痺又は感覚障害レベル								
6. 不明								

検査所見			
頭部MRI画像	1.あり(平成 年 月 日)		2.なし
1)大脳病巣	1.あり	2.なし	
ありの場合	個数	1.9個以上	2.4~8個 3.3個以下
側脳室周囲病巣	1.あり	2.なし	
径3cm以上の病巣	1.あり	2.なし	
ガドリニウム造影効果	1.あり	2.なし	3.不明
2)小脳病巣	1.あり	2.なし	
ありの場合	ガドリニウム造影効果	1.あり	2.なし 3.不明
3)脳幹病巣	1.あり	2.なし	
ありの場合	ガドリニウム造影効果	1.あり	2.なし 3.不明
4)視神経病巣	1.あり	2.なし	
ありの場合	部位	1.右	2.左 3.両側
	ガドリニウム造影効果	1.あり	2.なし 3.不明
髄液所見 (平成 年 月 日)	細胞数 ( 個/ $\mu$ l)		
	IgG ( mg/dl)		
	IgG index ( )		
	タンパク量 ( mg/dl)		
	Oligoclonal Band (検査実施依頼先: )		
	1.あり	2.なし	3.不明
血清HTLV-1抗体	1.あり 2.なし 3.不明		
誘発電位異常	1.あり(1.VEP 2.ABR 3.SEP 4.MEP) 2.なし 3.不明		
5)脊髄病巣	1.あり	2.なし	
ありの場合	ガドリニウム造影効果	1.あり	2.なし 3.不明
	長さが3椎体以上	1.あり	2.なし 3.不明
脊髄MRI画像	1.あり(平成 年 月 日)		2.なし
鑑別診断(以下の疾患が鑑別できること)			
①腫瘍	1.できる	2.できない	
②梅毒	1.できる	2.できない	
③脳血管障害	1.できる	2.できない	
④頸椎症性ミエロパチー	1.できる	2.できない	
⑤スモン	1.できる	2.できない	
⑥脊髄空洞症	1.できる	2.できない	
⑦脊髄小脳変性症	1.できる	2.できない	
⑧HAM	1.できる	2.できない	
⑨膠原病	1.できる	2.できない	
⑩シェーグレン症候群	1.できる	2.できない	
⑪神経ベーチェット	1.できる	2.できない	
⑫神経サルコイドーシス	1.できる	2.できない	
⑬ミトコンドリア脳筋症	1.できる	2.できない	
⑭進行性多巣性白質脳症	1.できる	2.できない	
治療状況			
具体的に記入のこと			
	最近1年間の状況		全経過を通じて
		治療効果	治療効果
①インターフェロン $\beta$	1.あり	2.なし	1.あり 2.なし 3.不明
②副腎皮質ステロイド*			
パルス療法	1.あり	2.なし	1.あり 2.なし 3.不明
経口投与	1.あり	2.なし	1.あり 2.なし 3.不明
慢性投与の場合	1.あり(種類 )	2.なし	1.あり(種類 ) 2.なし 3.不明
は維持量	(最大投与量 mg/日・週)		(最大投与量 mg/日・週)
③免疫抑制剤	1.あり(種類 )	2.なし	1.あり(種類 ) 2.なし 3.不明
	最大投与量 mg/日・週)		最大投与量 mg/日・週)
④血液浄化療法	1.あり	2.なし	1.あり 2.なし 3.不明
⑤その他の薬剤	1.あり(薬剤名 )	2.なし	1.あり(薬剤名 ) 2.なし 3.不明
	投与量 mg/日・週)		投与量 mg/日・週)
医療上の問題点			
【WISH入力不要】			
医療機関名			
医療機関所在地			
電話番号 ( )			
医師の氏名			
印			
記載年月日:平成 年 月 日			

## 2 多発性硬化症 臨床調査個人票

(2. 更新)

ふりがな			性別	1. 男 2. 女	生 年 月 日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成	年 月 日 生	(満 歳)
氏 名								
住 所	郵便番号			電話 ( )		出 生 都 道 府 県	発病時在住都道府県	
発病年月	1. 昭和 年 月 (満 歳) 2. 平成	初診年月日	1. 昭和 年 月 日 2. 平成	保 険 種 別		1. 政 2. 組 3. 船 4. 共 5. 国 6. 老		
身体障害者手帳	1. あり (等級 _____ 級) 2. なし	介 護 認 定	1. 要介護 (要介護度 _____) 2. 要支援 3. なし					
生 活 状 況	社会活動 (1. 就労 2. 就学 3. 家事労働 4. 在宅療養 5. 入院 6. 入所 7. その他 (____))						初回認定年月	
	日常生活 (1. 正常 2. やや不自由であるが独力で可能 3. 制限があり部分介助 4. 全面介助)						1. 昭和 年 月 2. 平成	
受診状況 (最近1年)	1. 主に入院 2. 入院と通院半々 3. 主に通院 (____/月) 4. 往診あり 5. 入院なし 6. その他 ( )							

治療と経過 (前回申請からの変化を中心に具体的に記述) 【WISH 入力不要】

現 在 の 職 業								
診 断	1. MS 2. Devic病 (単相性) 3. Baló病			最終診察日 平成 年 月 日				
病 期	1. 再発期 2. 安定期 3. 慢性進行期 (昭和・平成 年 月頃～)							
病 型	1. 単相性 2. 再発寛解型 (再発: 回) 3. 一次慢性進行型 4. 二次慢性進行型 (昭和・平成 年 月頃～)							
EDSS	0 1.0 1.5 2.0 2.5 3.0 3.5 4.0 4.5 5.0 5.5 6.0 6.5 7.0 7.5 8.0 8.5 9.0 9.5 10							

脊髄機能・運動機能・視力の障害度スケール			
脊髄機能	運動機能	視力	
		右	左
0. 正常	0. 障害なし	0. 障害なし	0. 障害なし
1. 異常所見のみ	1. 軽度 (日常生活に不自由なし)	1. 文字 (新聞、雑誌など) を読めるが、少しでも障害がある	1. 文字 (新聞、雑誌など) を読めるが、少しでも障害がある
2. 軽度の障害	2. 中等度 (歩行は可能であるが、日常生活は不自由)	2. 指数弁	2. 指数弁
3. 中等度の対麻痺、中等度の感覚障害レベル又は帯状感	3. 重度 (車いす)	3. 光覚弁、手動弁	3. 光覚弁、手動弁
4. 高度の対麻痺又は感覚障害レベル	4. 寝たきり	4. 盲目	4. 盲目
5. 完全な対麻痺又は感覚障害レベル			
6. 不明			

過去1年間の再発回数 ( ) 回			
	再発年月日	ピーク時 EDSS	再発 (増悪) した病巣の分布
1	平成 年 月 日		1. 大脳 2. 小脳 3. 脳幹 4. 脊髄 5. 視神経 (1. 右 2. 左 3. 両側) 6. 末梢神経
2	平成 年 月 日		1. 大脳 2. 小脳 3. 脳幹 4. 脊髄 5. 視神経 (1. 右 2. 左 3. 両側) 6. 末梢神経
3	平成 年 月 日		1. 大脳 2. 小脳 3. 脳幹 4. 脊髄 5. 視神経 (1. 右 2. 左 3. 両側) 6. 末梢神経
4	平成 年 月 日		1. 大脳 2. 小脳 3. 脳幹 4. 脊髄 5. 視神経 (1. 右 2. 左 3. 両側) 6. 末梢神経
5	平成 年 月 日		1. 大脳 2. 小脳 3. 脳幹 4. 脊髄 5. 視神経 (1. 右 2. 左 3. 両側) 6. 末梢神経
発症後から現在までの症候からみた病巣 1. 大脳 2. 小脳 3. 脳幹 4. 脊髄 5. 視神経 (1. 右 2. 左 3. 両側) 6. 末梢神経			

過去1年間の検査所見																		
頭部MRI画像					1.あり(平成 年 月 日) 2.なし					髄液所見 (平成 年 月 日)								
1)大脳病巣					1.あり 2.なし					最も炎症が高度な髄液検査について記載 細胞数 ( 個/ $\mu$ l) IgG ( mg/dl) IgG index ( ) タンパク量 ( mg/dl) Oligoclonal Band (検査実施依頼先: ) 1.あり 2.なし 3.不明								
ありの場合		個数			1.9個以上			2.4~8個							3.3個以下			
		側脳室周囲病巣			1.あり			2.なし										
		径3cm以上の病巣			1.あり			2.なし										
		ガドリニウム造影効果			1.あり			2.なし			3.不明							
2)小脳病巣					1.あり 2.なし													
ありの場合		ガドリニウム造影効果			1.あり			2.なし			3.不明							
3)脳幹病巣					1.あり 2.なし													
ありの場合		ガドリニウム造影効果			1.あり			2.なし			3.不明							
4)視神経病巣					1.あり 2.なし													
ありの場合		部位			1.右			2.左			3.両側							
		ガドリニウム造影効果			1.あり			2.なし			3.不明							
脊髄MRI画像					1.あり(平成 年 月 日) 2.なし													
5)脊髄病巣					1.あり 2.なし													
ありの場合		ガドリニウム造影効果			1.あり			2.なし			3.不明							
		長さが3椎体以上			1.あり			2.なし			3.不明							
誘発電位検査																		
1) VEP		1.あり(平成 年 月 日)			・異常所見			1.あり 2.なし			2.なし							
2) ABR		1.あり(平成 年 月 日)			・異常所見			1.あり 2.なし			2.なし							
3) SEP		1.あり(平成 年 月 日)			・異常所見			1.あり 2.なし			2.なし							
4) MEP		1.あり(平成 年 月 日)			・異常所見			1.あり 2.なし			2.なし							
治療状況(過去1年間の治療状況)																		
具体的に記入のこと																		
【WISH入力不要】																		
治療方法		治療の有無						治療効果										
インターフェロン $\beta$		1.あり(投与期間: か月/過去1年間)			2.なし 3.不明			1.あり 2.なし 3.不明										
副腎皮質ステロイド剤																		
パルス療法		1.あり( 回/過去1年間)			2.なし 3.不明			1.あり 2.なし 3.不明										
経口投与 短期療法		1.あり( 回/過去1年間)			2.なし 3.不明			1.あり 2.なし 3.不明										
慢性投与		1.あり(投与期間: か月/過去1年間、維持量 mg/日)			2.なし 3.不明			1.あり 2.なし 3.不明										
免疫抑制剤		1.あり(投与期間: か月/過去1年間、維持量 mg/日・週)			2.なし 3.不明			1.あり 2.なし 3.不明										
薬剤名		( )																
血液浄化療法		1.あり( 回/過去1年間)			2.なし 3.不明			1.あり 2.なし 3.不明										
その他 薬剤名( )		1.あり			2.なし 3.不明			1.あり 2.なし 3.不明										
( )		1.あり			2.なし 3.不明			1.あり 2.なし 3.不明										
医療上の問題点																		
【WISH入力不要】																		
医療機関名																		
医療機関所在地																		
電話番号 ( )																		
医師の氏名																		
印																		
記載年月日:平成 年 月 日																		