

014 慢性炎症性脱髄性多発神経炎／多巣性運動ニューロパチー

■ 行政記載欄

受給者番号		判定結果	☐ 認定 ☐ 不認定
-------	---	------	--

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号								
住所								
生年月日	西暦		年		月		日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	☐ 1. 男 ☐ 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	☐ 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 *11 を選択の場合、以下に記入							
	続柄							
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. いくらか問題がある ☐ 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. いくらか問題がある ☐ 3. 自分でできない
ふだんの活動	☐ 1. 問題はない ☐ 2. いくらか問題がある ☐ 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

■ 診断基準に関する事項

診断

☐ 1. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 ☐ 2. 多巣性運動ニューロパチー
--

A. 臨床所見

診察を行った年月日	西暦 年 月 日		
反射			
腱反射低下・消失	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明		
	部位	☐ 1. 右上肢 ☐ 2. 右下肢 ☐ 3. 左上肢 ☐ 4. 左下肢	
筋力			
筋力低下	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明		
	部位	☐ 1. 右上肢 ☐ 2. 右下肢 ☐ 3. 左上肢 ☐ 4. 左下肢	
		☐ 5. 脳神経領域	
筋萎縮	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明		
	部位	☐ 1. 右上肢 ☐ 2. 右下肢 ☐ 3. 左上肢 ☐ 4. 左下肢	

感覚		
感覚鈍麻	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	
	部位	☐ 1. 右上肢 ☐ 2. 右下肢 ☐ 3. 左上肢 ☐ 4. 左下肢 ☐ 5. 脳神経領域

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

1. 末梢神経伝導検査*				
検査実施	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施			
	検査日	西暦 年 月 日		
正中：median	左右	☐ 1. 右 ☐ 2. 左	伝導速度	m/s
	遠位潜時	ms	振幅	mV
	伝導ブロック	☐ 1. + ☐ 2. -	時間的分散	☐ 1. + ☐ 2. -
	F波欠如または最短潜時の延長		☐ 1. + ☐ 2. -	
尺骨：ulnar	左右	☐ 1. 右 ☐ 2. 左	伝導速度	m/s
	遠位潜時	ms	振幅	mV
	伝導ブロック	☐ 1. + ☐ 2. -	時間的分散	☐ 1. + ☐ 2. -
	F波欠如または最短潜時の延長		☐ 1. + ☐ 2. -	
脛骨：tibial	左右	☐ 1. 右 ☐ 2. 左	伝導速度	m/s
	遠位潜時	ms	振幅	mV
	伝導ブロック	☐ 1. + ☐ 2. -	時間的分散	☐ 1. + ☐ 2. -
	F波欠如または最短潜時の延長		☐ 1. + ☐ 2. -	

その他	左右	☐ 1. 右 ☐ 2. 左		運動・感覚	☐ 1. 運動 ☐ 2. 感覚	
	伝導速度	m/s		遠位潜時	ms	
	振幅	☐ 1. mV				
		☐ 2. μV				
	伝導ブロック	☐ 1. + ☐ 2. -		時間的分散	☐ 1. + ☐ 2. -	
	F 波欠如または最短潜時の延長			☐ 1. + ☐ 2. -		
2. 脳脊髄液所見						
検査実施	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施					
	検査日	西暦 年 月 日				
細胞数	/mm ³		蛋白	mg/dL		
3. MRI による神経根・神経叢・馬尾造影所見						
検査実施	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施					
	検査日	西暦 年 月 日				
異常所見の有無	☐ 1. 肥厚所見あり ☐ 2. 造影効果所見あり ☐ 3. 異常所見なし					
4. 神経生検所見						
検査実施	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施					
	検査日	西暦 年 月 日				
種類	☐ 1. 周膜下浮腫 ☐ 2. 節性脱髄 ☐ 3. 有髄線維脱落 ☐ 4. Onion-bulb					
5. 血液生化学所見						
検査実施	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施					
	検査日	西暦 年 月 日				
単クローン血症（免疫電気泳動もしくは固定法による）の有無			☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 未検			

*脱髄を示唆する所見（①伝導速度の低下、②伝導ブロックまたは時間的分散の存在、③遠位潜時の延長、④F 波欠如または最短潜時の延長の少なくともひとつ）がみられることを記載した神経伝導検査レポートまたはそれと同内容の文書の写し（判読医の氏名の記載されたもの）を添付すること。

C. 鑑別診断（新規登録時のみ記載）

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。	☐ 1. 全て除外可 ☐ 2. 除外不可 ☐ 3. 不明	
次の疾患に伴う末梢神経障害 （該当疾患を選択）	☐ 1. 糖尿病 ☐ 2. アミロイドーシス ☐ 3. 膠原病 ☐ 4. 血管炎 ☐ 5. 固形癌 ☐ 6. 悪性リンパ腫 ☐ 7. 多発性骨髄腫 ☐ 8. POEMS 症候群 ☐ 9. サルコイドーシス ☐ 10. HIV 感染症 *5 を選択の場合、以下に記入	
薬物への暴露による末梢神経障害	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	
	薬剤名	
毒物への暴露による末梢神経障害	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	
	毒物名	
ビタミンなどの栄養障害などによる末梢神経障害	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	
末梢神経障害を起こす遺伝性疾患	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	
	続柄	
	疾患名	
その他の疾患による末梢神経障害の鑑別診断の可否	☐ 1. 鑑別できる ☐ 2. 鑑別できない	



<診断のカテゴリー>

以下の1～3を認め、4～7のうち1つを満たし、 支持的診断所見で疾患を区別できる	☐ 1. 該当	☐ 2. 非該当
☐ 1. 2か月以上の経過の寛解・増悪を繰り返すか慢性進行性をとる多発ニューロパチー ☐ 2. ■発症と経過1. に該当する ☐ 3. B-1. で2本以上の運動神経において脱髄を示唆する所見を示す ☐ 4. B-2. で蛋白増加を認め細胞数が10/mm ³ 未満である ☐ 5. B-3. で神経根あるいは馬尾の肥厚または造影所見がある ☐ 6. B-4. で脱髄を示唆する所見がある ☐ 7. ■治療その他1. ～4. などにより改善を示した病歴がある		

支持的診断所見

☐ 1. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎（以下の1～3を認める） ☐ 2. 多巣性運動ニューロパチー（以下の1～3を認める）
1. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 ☐ 1. 末梢神経伝導検査による感覚神経における異常所見 ☐ 2. 体性誘発電位における異常所見 ☐ 3. 免疫療法（ステロイド薬、血漿浄化療法、免疫グロブリン静注療法）により改善を示した病歴
2. 多巣性運動ニューロパチー ☐ 1. 球麻痺を含む脳神経症状・上位運動ニューロン徴候がない ☐ 2. 血清における抗GM1 IgM抗体が陽性 ☐ 3. 免疫療法（免疫グロブリン静注療法）により改善を示した病歴

症状の概要、経過、特記すべき事項など *250 文字以内かつ7行以内



■ 発症と経過

1. 多発ニューロパチーを説明できる明らかな基礎疾患、 薬物使用、毒物への暴露がなく、類似疾患の遺伝歴がない（新規）		☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当
経過の状態	☐ 1. 単相性 ☐ 2. 多相性 ☐ 3. 慢性進行性	
	再発回数	回
慢性進行性の場合	発症から症状のピークまでの期間	
	☐ 1. 2 か月以内 ☐ 2. 2～6 か月 ☐ 3. 6～12 か月 ☐ 4. 12 か月以上（慢性進行性を含む）	

■ 治療その他

1. 血漿浄化療法		
使用の有無	☐ 1. 使用 ☐ 2. 未使用	
	種類	☐ 1. 血漿交換 ☐ 2. 免疫吸着 ☐ 3. 二重膜濾過
客観的な効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明	
2. ステロイド療法		
使用の有無	☐ 1. 経口 ☐ 2. パルス ☐ 3. 未使用	
客観的な効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明	
3. 免疫グロブリン静注療法		
使用の有無	☐ 1. 使用 ☐ 2. 未使用	
客観的な効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明	
4. その他の治療法		
使用の有無	☐ 1. 使用 ☐ 2. 未使用	
	種類	
客観的な効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明	

■ 重症度分類に関する事項

Barthel Index	
食事	☐ 1. 自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終わる（10 点） ☐ 2. 部分介助（たとえば、おかずを切って細かくしてもらう）（5 点） ☐ 3. 全介助（0 点）

車椅子からベッドへの移動	☐ 1. 自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む(歩行自立も含む) (15 点) ☐ 2. 軽度の部分介助または監視を要する (10 点) ☐ 3. 座ることは可能であるがほぼ全介助 (5 点) ☐ 4. 全介助または不可能 (0 点)
整容	☐ 1. 自立 (洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り) (5 点) ☐ 2. 部分介助または不可能 (0 点)
トイレ動作	☐ 1. 自立 (衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む) (10 点) ☐ 2. 部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する (5 点) ☐ 3. 全介助または不可能 (0 点)
入浴	☐ 1. 自立 (5 点) ☐ 2. 部分介助または不可能 (0 点)
歩行	☐ 1. 45m 以上の歩行、補装具 (車椅子、歩行器は除く) の使用の有無は問わず (15 点) ☐ 2. 45m 以上の介助歩行、歩行器の使用を含む (10 点) ☐ 3. 歩行不能の場合、車椅子にて 45m 以上の操作可能 (5 点) ☐ 4. 上記以外 (0 点)
階段昇降	☐ 1. 自立、手すりなどの使用の有無は問わない (10 点) ☐ 2. 介助または監視を要する (5 点) ☐ 3. 不能 (0 点)
着替え	☐ 1. 自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む (10 点) ☐ 2. 部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える (5 点) ☐ 3. 上記以外 (0 点)

排便コントロール	☐ 1. 失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能（10 点） ☐ 2. ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む（5 点） ☐ 3. 上記以外（0 点）
排尿コントロール	☐ 1. 失禁なし、収尿器の取り扱いも可能（10 点） ☐ 2. ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む（5 点） ☐ 3. 上記以外（0 点）
合計点数	/100 点

■ 人工呼吸器に関する事項（使用者のみ記入）

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. 気管切開孔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												
医療機関所在地												
電話番号												
	*ハイフンを除き、左詰めで記入											
医師の氏名	印 ※自筆または押印のこと											
記載年月日	西暦					年			月			日
診断年月日	西暦					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 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。