

118 脊髄髄膜瘤

■ 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

A. 主要所見

診断日	西暦 年 月 日
生下時に胸腰椎、仙骨部の異常な嚢胞性腫瘍 (以下のいずれか) を認める	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
☐ 1. 脊髄髄膜瘤：嚢胞内に神経線維を含む腫瘍で、外表所見は腫瘍中心の皮膚が欠損し、脊髄組織が露出している ☐ 2. 脊髄披裂：開放された脊髄が露出した状態になっており、脊髄中心管その正中部に認められる ☐ 3. 脊髄瘤：内容物は脳脊髄液と硬膜で形成されていて、嚢胞状になっている ☐ 4. 脊髄嚢瘤：脊髄中心管が嚢胞状になっている	

B. 臨床症状

病変部位以下で1～3の神経脱落症状をすべて認める	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
☐ 1. 運動障害 ☐ 2. 知覚障害 ☐ 3. 膀胱直腸障害 ☐ 4. てんかん、水頭症	

C. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

1. 水頭症：CT や超音波検査で脳室の著明な拡大	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
2. キアリ（Chiari）Ⅱ型奇形：MRI にて延髄・第4脳室・小脳が大後頭蓋窩へ陥没している	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
3. 膀胱尿道造影：膀胱頸部の弛緩像、膀胱尿管逆流、膀胱壁の肉柱変形、膀胱容量の減少などを認める	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
4. 四肢の単純X線：股関節の脱臼、足関節の変形、脊椎の側弯、脊椎の後弯などを認める	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明
5. 腹部の単純X線：宿便、結腸ガス、巨大結腸などを認める	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当 ☐ 3. 不明

D. 鑑別診断

潜在性二分脊椎を除外することができる。 なお、以下のうち該当する病態に☑を記入する。	☐ 1. 全て除外可 ☐ 2. 除外不可 ☐ 3. 不明
☐ 腰仙部に位置し、皮下腫瘍、小陥凹、血管腫、多毛症、母斑などの表皮の異常所見を併発 ☐ 脂肪脊髄髄膜瘤 ☐ 先天性皮膚洞 ☐ 割髄症 ☐ 仙骨欠損症 ☐ その他	

<診断のカテゴリー>

Aの1～4のいずれか + Bの病変部位以下で1～3の神経脱落症状をすべて認める、を満たしDの鑑別すべき疾患を除外して診断	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当
--	--

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

--

■ 病因

新生児の低体重（生下時体重）	☐ 2501グラム以上 ☐ 2500グラム以下 ☐ 不明
母親のライフスタイル	
（ア）妊娠前4週から妊娠12週まで葉酸サプリメントを1日400マイクログラム内服したか？	
☐ 内服した ☐ 内服しなかった ☐ 不明	
（イ）抗てんかん薬を内服していた場合のみ回答してください。葉酸と共に内服したか？	
☐ 内服した ☐ 内服しなかった ☐ 不明	
（ウ）妊娠初期に毎日喫煙していたか？	
☐ 喫煙していた ☐ 喫煙していなかった ☐ 不明	

■ 重症度分類に関する事項

機能障害：Barthel Index 合 計 点

食事	☐ 自立(10)	☐ 部分介助(5)	☐ 全介助(0)
車椅子とベッド間の移動	☐ 自立(15)	☐ 軽度介助(10)	☐ 部分介助(5) ☐ 全介助(0)
整容	☐ 自立(5)	☐ 部分介助/不可能(0)	
トイレ動作	☐ 自立(10)	☐ 部分介助(5)	☐ 全介助(0)
入浴	☐ 自立(5)	☐ 部分介助/不可能(0)	
歩行	☐ 自立(15)	☐ 軽度介助(10)	☐ 部分介助(5) ☐ 全介助(0)
階段昇降	☐ 自立(10)	☐ 部分介助(5)	☐ 不能(0)
着替え	☐ 自立(10)	☐ 部分介助(5)	☐ 全介助(0)
排便コントロール	☐ 自立(10)	☐ 部分介助(5)	☐ 全介助(0)
排尿コントロール	☐ 自立(10)	☐ 部分介助(5)	☐ 全介助(0)

■ 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。