

013 多発性硬化症／視神経脊髄炎

■ 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. 多発性硬化症 ☐ 2. 視神経脊髄炎（NMOSD） ☐ 3. Baló 病（バロー同心円硬化症）	
多発性硬化症の疾患分類	☐ 1. 再発寛解型 MS ☐ 2. 一次性進行型 MS ☐ 3. 二次性進行型 MS

A. 臨床所見

神経学的診察の実施日	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
	実施日	西暦 年 月 日
脳神経		
視力障害	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	部位	☐ 1. 右 ☐ 2. 左 ☐ 3. 両側
複視	☐ 1. あり ☐ 2. なし	構音障害 ☐ 1. あり ☐ 2. なし
嚥下障害	☐ 1. あり ☐ 2. なし	難治性吃逆 ☐ 1. あり ☐ 2. なし

反射			
腱反射亢進	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
	左右差	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
病的反射	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
	左右差	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
運動系			
運動麻痺	☐ 1. あり ☐ 2. なし	全身けいれん	☐ 1. あり ☐ 2. なし
有痛性強直性攣縮	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
自律神経系			
膀胱直腸障害	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
歩行、姿勢、協調運動			
小脳（性運動）失調	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
	左右差	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
感覚			
感覚鈍麻	☐ 1. あり ☐ 2. なし		
	左右差	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
認知機能			
精神症状	☐ 1. あり ☐ 2. なし		

B. 検査所見 *小数点も1文字として記入する

血清 AQP4 抗体	☐ 1. 陽性 ☐ 2. 陰性 ☐ 3. 未実施		
	検査日	西暦	年 月 日
画像所見（以下の領域に T2 病変が 1 個以上ある）			
脳 MRI 検査実施	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施		
	検査日	西暦	年 月 日

大脳病巣	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	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
	皮質直下病巣	☐ 1. あり ☐ 2. なし
	病巣の大きさ	cm
	ガドリニウム造影効果	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明
小脳病巣	☐ 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
脳幹病巣	☐ 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
視神経病巣	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	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 検査実施	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施	
	T2 病変	個
	検査日	西暦 年 月 日
脊髄病巣	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
3 椎体を越える病変	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
同心円状病巣	☐ 1. あり ☐ 2. なし	

脳脊髄液所見													
検査実施	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施												
	実施日	西暦					年			月			日
細胞数					個/ μ L		IgG index						
タンパク量					mg/dL								
オリゴクローナル IgG バンド	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施												
	実施日	西暦					年			月			日
	☐ 1. 陽性 ☐ 2. 陰性												
	検査機関												
視覚誘発電位異常													
VEP	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施												
	検査日	西暦					年			月			日
	異常所見	☐ 1. あり ☐ 2. なし											
	部位	☐ 1. 右 ☐ 2. 左 ☐ 3. 両側											

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。		☐ 1. 全て除外可 ☐ 2. 除外不可 ☐ 3. 不明	
☐ 1. 腫瘍	☐ 2. 梅毒	☐ 3. 脳血管障害	
☐ 4. 頸椎症性ミエロパチー	☐ 5. 急性散在性脳脊髄炎（ADEM）	☐ 6. 脊髄空洞症	
☐ 7. 脊髄小脳変性症	☐ 8. HTLV-1 関連脊髄症（HAM）	☐ 9. 膠原病	
☐ 10. シェーグレン症候群	☐ 11. 神経ベーチェット	☐ 12. 神経サルコイドーシス	
☐ 13. ミトコンドリア脳筋症	☐ 14. 進行性多巣性白質脳症		

<診断のカテゴリー>

☐ 再発寛解型MS：以下の2つのいずれかを満たす

- ☐ 1. 中枢神経内の炎症性脱髄に起因すると考えられる臨床的発作が2回以上あり、かつ客観的臨床的証拠がある2個以上の病変を有する。
- ☐ 2. 中枢神経内の炎症性脱髄に起因すると考えられ、客観的臨床的証拠のある臨床的発作が少なくとも1回あり、さらに中枢神経病変の時間的空間的な多発が臨床症候、あるいはMRI所見により証明される。

☐ 一次性進行型MS：1年間の病状の進行（過去あるいは前向き観察で判断する）、及び以下の3つの基準のうち2つ以上を満たす

- ☐ 1. 脳に空間的多発の証拠がある
（脳室周囲、皮質直下、あるいはテント下に1個以上のT2病変がある）
- ☐ 2. 脊髄に空間的多発の証拠がある（脊髄に2個以上のT2病変がある）
- ☐ 3. 髄液の異常所見（オリゴクローナルバンド及びあるいはIgGインデックスの上昇）

☐ 二次性進行型MS：再発寛解型としてある期間経過した後、明らかな再発がないにもかかわらず病状が徐々に進行する

☐ 狭義の視神経脊髄炎（NMOSD）：以下の1～3の全てを満たす

- ☐ 1. 視神経炎
- ☐ 2. 急性脊髄炎
- ☐ 3. 以下の3つの支持基準のうち少なくとも2つを満たす
- ☐ a. 3椎体以上に及ぶ連続的な脊髄MRI病変
- ☐ b. MSのための脳MRIの基準
（Patyの基準（4個以上の病変、あるいは3個の病変がありそのうち1個は脳室周囲にある））を満たさない
- ☐ c. 抗AQP4抗体陽性

☐ 視神経脊髄炎（NMOSD）：抗AQP4抗体陽性で急性炎症性中枢性病変をとめない、他の疾患が除外できる

☐ Baló病（バロー同心円硬化症）：病理またはMRIにて同心円状病巣が確認できる

☐ 上記のいずれにも該当しない

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

初発症状 (新規)		
視力障害	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	
	部位	☐ 1. 右 ☐ 2. 左 ☐ 3. 両側
複視	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	
構音障害	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	
膀胱直腸障害	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	
感覚障害	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	
四肢麻痺	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	
小脳性運動失調	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	
歩行障害	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	
初発症状		
経過		
経過の状態	☐ 1. 単相性 ☐ 2. 多相性 ☐ 3. 慢性進行性	
	臨床的再発	回
	慢性進行性	西暦 年 月頃から
誘因	☐ 1. 過労 ☐ 2. 外傷 ☐ 3. 手術 ☐ 4. 婚姻 ☐ 5. ワクチン	
	☐ 6. 出産 ☐ 7. 感染症 ☐ 8. その他	
	その他の内容	

身体障害	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	等級	級
	取得年月	西暦 年 月

■ 治療その他

過去1年以内の インターフェロンβの有無	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明		
	ありの場合	回数	回／過去1年以内
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明	
過去1年以内の フィンゴリモドの有無	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明		
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明	
過去1年以内の ナタリズマブの有無	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明		
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明	
過去1年以内の グラチラマー酢酸塩の有無	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明		
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明	
過去1年以内の パルス療法の有無	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明		
	ありの場合	回数	回／過去1年以内
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明	
過去1年以内の 副腎皮質ステロイド投与の有無	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明		
	ありの場合	種類	
		最大投与量	mg
	最大投与量単位	☐ 1. 日 ☐ 2. 週	
治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明		

過去1年以内の 免疫抑制剤治療の有無	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	
	ありの場合	種類
		最大投与量 mg
		最大投与量単位 ☐ 1. 日 ☐ 2. 週
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明
過去1年以内の 血液浄化療法の有無	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明
その他の薬剤		
薬剤1（過去1年以内）	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	薬剤名	
	投与量	mg
	投与量単位	☐ 1. 日 ☐ 2. 週
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明
薬剤2（過去1年以内）	☐ 1. あり ☐ 2. なし	
	薬剤名	
	投与量	mg
	投与量単位	☐ 1. 日 ☐ 2. 週
	治療効果	☐ 1. 改善 ☐ 2. 不変 ☐ 3. 悪化 ☐ 4. 不明

■ 重症度分類に関する事項

臨床症候からみた病巣		
部位	☐ 1. 大脳 ☐ 2. 小脳 ☐ 3. 脳幹	
	☐ 4. 脊髄 ☐ 5. 視神経 ☐ 6. 末梢神経	
	視神経の部位	☐ 1. 右 ☐ 2. 左 ☐ 3. 両側
EDSS		
グレード	☐ 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 ☐ 10.0	
運動機能	☐ 1. 500m 以上 ☐ 2. 500m 以下 ☐ 3. 300m 以下 ☐ 4. 200m 以下 ☐ 5. 100m 以下 ☐ 6. 補助具必要（片側 100m） ☐ 7. 補助具必要（両側 100m） ☐ 8. 車椅子生活（一人で乗降可） ☐ 9. 車椅子生活（助け必要なときあり） ☐ 10. ベッド生活（一日の大半ベッド外） ☐ 11. ベッド生活（一日の大半ベッド内） ☐ 12. ベッド寝たきり（意思伝達・飲食可） ☐ 13. ベッド寝たきり（意思伝達・飲食不可） ☐ 14. 死亡	
神経学的所見	☐ 1. 正常 ☐ 2. ごく軽い徴候 ☐ 3. 軽度障害 ☐ 4. 中等度障害 ☐ 5. 比較的高度障害 ☐ 6. 高度障害	
終日の十分な活動	☐ 1. 自分で出来る ☐ 2. 出来るが最小限の補助が必要 ☐ 3. 出来るが特別な設備が必要 ☐ 4. 出来ない	
視覚の重症度分類		
視力・視野	☐ 0 度 障害なし ☐ I 度 矯正視力 0.7 以上かつ視野狭窄なし ☐ II 度 矯正視力 0.7 以上、視野狭窄あり ☐ III 度 矯正視力 0.7 未満、0.2 以上 ☐ IV 度 矯正視力 0.2 未満	

■ 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

- ・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。
- ・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。