

※難病の患者に対する医療等に関する法律に基づく特定医療費の申請に用いる臨床調査個人票でも可とする。

ふりがな 氏名			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)	
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.高			
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.入通院なし 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)										
家族内発症	1.あり 2.なし ありの場合: 父・母・兄・姉・弟・妹・祖父・祖母 (父方・母方)・他 () 3.不明 (プリオン病・認知症・その他 ())									
臨床症候	1 経過 経過の進行性		1.あり			2.なし 3.不明 ()				
	2 症候 初発症状 ()									
	(1)ミオクローヌス		1.あり (平成 年 月から)			2.なし 3.不明				
	(2)進行性認知症、又は意識障害		1.あり (平成 年 月から)			2.なし 3.不明				
	(3)錐体路症候		1.あり (平成 年 月から)			2.なし 3.不明				
	(4)錐体外路症候		1.あり (平成 年 月から)			2.なし 3.不明				
	(5)小脳症状 (ふらつき)		1.あり (平成 年 月から)			2.なし 3.不明				
	(6)視覚異常		1.あり (平成 年 月から)			2.なし 3.不明				
	(7)精神症候		1.あり (平成 年 月から)			2.なし 3.不明				
	(8)無動・無言状態		1.あり (平成 年 月から)			2.なし 3.不明				
(9)その他症候 ()		1.あり (平成 年 月から)			2.なし 3.不明					
()		1.あり (平成 年 月から)			2.なし 3.不明					
検査所見	(1)脳波: PSD		1.あり 2.なし 3.不明			(検査時期 平成 年 月 日)				
	基礎律動の徐波化		1.あり 2.なし 3.不明			(検査時期 平成 年 月 日)				
	(2)画像: CT、MRIで脳萎縮		1.あり 2.なし 3.不明			(検査時期 平成 年 月 日)				
	diffusion 又はFLAIRで高信号		1.あり 2.なし 3.不明			(検査時期 平成 年 月 日)				
	(3)プリオン蛋白(PrP)遺伝子検査		1.施行 2.未施行			(検査時期 平成 年 月 日)				
	変異 (1.あり 2.なし 3.不明) 内容 ()									
	コドン129の多型: Met/Met Met/Val Val/Val		コドン219の多型: Glu/Glu Glu/Lys Lys/Lys							
	(4)脳脊髄液 (検査時期 平成 年 月 日)		細胞数 (1.正 2.増 (/μl))							
	蛋白量 (1.正 2.増 (mg/dl、基準値))		総タウ蛋白 (1.正 2.増 (pg/ml、基準値))							
	NSE (1.正 2.増 (ng/dl、基準値))		14-3-3蛋白 (1.正 2.増 ())							

