

63 アルツハイマー病個人票

(1.新規 2.更新)

ふりがな			性別	1.男 2.女	生年 月日	1.明	2.大	年	月	日	
氏名						3.昭	4.平				
発病年月日	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日		初診年月日	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日							
入院予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日										
発症と経過											
症状	改訂長谷川式簡易知能評価スケール (SDS-R) _____ 点										
	厚生労働省認知症高齢者の日常生活自立度 (I II a II b III a III b IV M)										
A 記憶障害	1. あり () 2. なし 3. 不明										
	B 認知障害	・失語 1. あり () 2. なし 3. 不明									
		・失行 1. あり () 2. なし 3. 不明									
		・失認 1. あり () 2. なし 3. 不明									
		・実行機能障害 1. あり () 2. なし 3. 不明									
C 神経症状	1. あり () 2. なし 3. 不明										
D その他	[]										
画像所見 CT、MRI等	検査名: _____ (実施日 年 月 日)										
	所見: []										
鑑別診断；以下の疾患が鑑別できること											
① 脳血管障害(血管性認知症)	1. できる	2. できない	3. 不明								
② レビー小体型認知症	1. できる	2. できない	3. 不明								
③ ハンチントン病	1. できる	2. できない	3. 不明								
④ 正常圧水頭症	1. できる	2. できない	3. 不明								
⑤ 甲状腺機能低下症	1. できる	2. できない	3. 不明								
⑥ 神経梅毒	1. できる	2. できない	3. 不明								
⑦ 硬膜下血腫	1. できる	2. できない	3. 不明								
⑧ うつ病性障害	1. できる	2. できない	3. 不明								
⑨ せん妄	1. できる	2. できない	3. 不明								
⑩ アルコール性及び薬物乱用	1. できる	2. できない	3. 不明								
⑪ その他原因既知の認知症	1. できる	2. できない	3. 不明								
医師意見 (治療内容等)	所属施設名 _____ 所在地 _____ (TEL ()) 主治医氏名 _____ 印 記載年月日：令和 年 月 日										

留意事項：原則として6ヵ月以内の資料に基づき記入して下さい。

64 ピック病個人票

(1.新規 2.更新)

ふりがな			性別	1.男 2.女	生年 月日	1.明	2.大	年	月	日
氏名						3.昭	4.平			
発病年月日	1.昭和 2.平成 3.令和	年 月 日	初診年月日	1.昭和 2.平成 3.令和	年 月 日					
入院予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日									
発症と経過										
症 状 及 び 所 見	改訂長谷川式簡易知能評価スケール (SDS-R) _____点									
	厚生労働省認知症高齢者の日常生活自立度 (I II a II b III a III b IV M)									
	人格障害	1. あり (	)	2. なし	3. 不明					
	感情鈍磨	1. あり (	)	2. なし	3. 不明					
	社会的行動の粗雑化	1. あり (	)	2. なし	3. 不明					
	脱抑制	1. あり (	)	2. なし	3. 不明					
無欲な落着きのなさ	1. あり (	)	2. なし	3. 不明						
	失語	1. あり (	)	2. なし	3. 不明					
神経症状	1. あり (	)	2. なし	3. 不明						
画像所見 CT、MRI等	検査名	(実施日 年 月 日)								
所見： ()										
鑑別診断；以下の疾患が鑑別できること										
① 脳血管障害(血管性認知症)	1. できる	2. できない	3. 不明							
② レビー小体型認知症	1. できる	2. できない	3. 不明							
③ ハンチントン病	1. できる	2. できない	3. 不明							
④ 正常圧水頭症	1. できる	2. できない	3. 不明							
⑤ 甲状腺機能低下症	1. できる	2. できない	3. 不明							
⑥ 神経梅毒	1. できる	2. できない	3. 不明							
⑦ 硬膜下血腫	1. できる	2. できない	3. 不明							
⑧ うつ病性障害	1. できる	2. できない	3. 不明							
⑨ せん妄	1. できる	2. できない	3. 不明							
⑩ アルコール性及び薬物乱用	1. できる	2. できない	3. 不明							
⑪ その他原因既知の認知症	1. できる	2. できない	3. 不明							
医師意見 (治療内容等)	所属施設名 _____ 所在地 _____ (TEL ()) 主治医氏名 _____ 印 記載年月日：令和 年 月 日									

留意事項：原則として6ヵ月以内の資料に基づき記入して下さい。

66 メニエール病個人票

(1.新規 2.更新)

ふりがな			性別	1.男 2.女	生年 月日	1.明 2.大 3.昭 4.平 5.令	年 月 日
氏名							
発病年月日	1.昭和 2.平成 3.令和	年 月 日	初診年月日	1.昭和 2.平成 3.令和			年 月 日
入院予定期間	年 月 日		～	年 月 日			
自覚症状・経過				検査所見			
・反復する発作性・回轉性めまい 1. あり 2. なし 3. その他 ・聴力変動 1. あり 2. なし ・付随する蝸牛症状 1. あり (耳鳴り・難聴(右・左・両側)・耳閉塞感) 2. なし ・その他の症状 ()				平衡機能検査実施 1. あり (年 月 日実施) 2. なし ・平衡失調 1. あり 2. なし 3. 不明 ・自発眼振 1. あり 2. なし 3. 不明 ・ありの場合の方向性 1. 水平性 2. 回旋性 3. 混合性 4. 患側 5. 健側 6. 両側 純音聴力検査実施 1. あり (年 月 日実施) 2. なし 所見 (オーディオグラムのコピー添付) 補充現象 1. あり 2. なし 3. 不明 検出方法 (SISIテスト・ABLBテスト・自記オーディオマトリ) 画像検査 X線検査実施 1. あり (年 月 日実施) 2. なし 所見 () MRI検査実施 1. あり (年 月 日実施) 2. なし 所見 ()			
鑑別診断							
以下の疾患が鑑別できること							
① 中枢性めまい疾患	1. できる	2. できない	3. 不明				
② 聴神経腫瘍	1. できる	2. できない	3. 不明				
③ めまいを伴う突発性難聴	1. できる	2. できない	3. 不明				
④ 外リンパろう	1. できる	2. できない	3. 不明				
⑤ その他原因既知のめまい疾患	1. できる	2. できない	3. 不明				
医師意見 (治療内容等)							
所属施設名 _____							
所在地 _____ (TEL ())							
主治医氏名 _____ 印							
記載年月日: 令和 年 月 日							

留意事項: 原則として6ヵ月以内の資料に基づき記入して下さい。

6 7 突発性難聴個人票

(1.新規 2.更新)

ふりがな				性別	1.男 2.女	生年 月日	1.明 2.大 3.昭 4.平 5.令	年 月 日
氏名								
発病年月日	1.昭和 2.平成 3.令和	年 月 日	初診年月日	1.昭和 2.平成 3.令和	年 月 日			
入院予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日							
主 症 状 (右耳 左耳)				副 症 状				
突然の発症		1.あり 2.なし	耳鳴り		1.あり 2.なし			
感音性難聴		1.あり 2.なし	めまい		1.あり 2.なし			
聴力改善・悪化の繰り返し		1.あり 2.なし	めまい発作の繰り返し		1.あり 2.なし			
			吐気・嘔吐		1.あり 2.なし			
			第Ⅷ脳神経以外の神経症状		1.あり 2.なし			
			その他		[]			
発症時の状況				鼓膜所見				
検査所見								
聴力検査 (年 月 日実施)				前庭検査 (年 月 日実施)				
【所見 (※オージオグラムのコピーを添付してください)】				・自発眼振		1.なし 2.あり	(水平性 回転性)	
				・頭位眼振		1.なし 2.あり	(水平性 回転性)	
画像検査								
・X線検査実施		1.なし 2.あり	(年 月 日実施)					
【所見】								
・MRI検査実施		1.なし 2.あり	(年 月 日実施)					
【所見】								
医師意見 (治療方針等)								
所属施設名 _____								
所在地 _____ (TEL ())								
主治医氏名 _____ 印								
記載年月日: 令和 年 月 日								

留意事項：原則として6ヵ月以内の資料に基づき記入して下さい。

73. 74 ウイルス性慢性肝炎・肝硬変 個人票

(1. 新規 2. 継続)

ふりがな			性別	男・女	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日
氏名									
病名			発病年月日			年	月	日	
			初診年月日			年	月	日	
入院予定期間	年 月 日 ~		年 月 日						
臨床症状									
現在の検査成績	血液検査 *未実施の項目には斜線を引いてください。 1. 実施(年 月 日) 2. 未実施			肝炎ウイルスマーカー検査 1. 実施(年 月 日) 2. 未実施					
		検査値	基準値	B型	HBs抗原 : 十・一				
	AST(GOT) (IU/l)				HBV-DNA : ()検査法:				
	ALT(GPT) (IU/l)			C型	HCV抗体 : 十・一				
	ALP (IU/l)				HCV-RNA : 定性(十・一)検査法:				
	r-GTP (IU/l)				定量()検査法:				
	総ビリルビン (mg/dl)				serotype (型)				
	総蛋白 (g/dl)				genotype (型)(既実施の場合、記入ください)				
	アルブミン (g/dl)			その他					
	γグロブリン (%)			肝の画像検査 1. 実施(年 月 日) 2. 未実施					
	プロトロンビン時間 (秒,%)			・ 検査の種類 1.超音波 2.CT 3.MRI 4.その他()					
	ヘパプラスチンテスト (%)			・ 所見					
	血小板 (×10 ⁴ /mm ³)			診断					
	ヒアルロン酸 (ng/ml)			1. 慢性肝炎(B型肝炎ウイルスによる) 2. 慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる) 3. 代償性肝硬変(B型又はC型肝炎ウイルスによる)					
	NH ₃ (μg/dl)			肝がんの合併 1. あり 2. なし					
ICG(15分値) (%)			治療状況						
インターフェロン治療歴 1. 有 (年 月 ~ 年 月) 2. 無			医師意見(治療内容等)						
現在のインターフェロン投与の有無 1. 有 ・薬剤() ・効果() ・併用薬剤() 2. 無									
上記のとおり診断します。									
令和 年 月 日 医療機関名 _____									
医療機関住所 _____ (電話 _____)									
診断医師名 _____ 印									

* 留意事項:原則として3か月以内の検査に基づき記入してください。未記入項目があると認定できない場合があります。

89 難治性ネフローゼ症候群個人票

(1.新規 2.更新)

ふりがな				性別	1.男 2.女	生年月日	1.明	2.大	年	月	日																																											
氏名							3.昭	4.平																																														
発病年月日	1.昭和	2.平成	年 月 日	初診年月日	1.昭和	2.平成	年 月 日																																															
	3.令和				3.令和																																																	
入院予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日																																																					
成 因	一次性ネフローゼ症候群 1. 膜性腎症 2. 巣状糸球体硬化症 3. 微小変化型 4. 膜性増殖性糸球体腎炎 5. IgA腎症 6. その他 ()																																																					
腎生検	1. あり (年 月 日実施) 所見: () 2. なし																																																					
これまでの治療経過	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 20%;">薬剤名</th> <th style="width: 10%;">使用量</th> <th style="width: 30%;">治療期間</th> <th style="width: 30%;">その他特記事項</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>副腎皮質ステロイド薬</td> <td></td> <td></td> <td>年 月 日 ~ 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">免疫抑制薬</td> <td>シクロスポリン</td> <td></td> <td>年 月 日 ~ 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ミゾリビン</td> <td></td> <td>年 月 日 ~ 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td></td> <td></td> <td>年 月 日 ~ 年 月 日</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>												薬剤名	使用量	治療期間	その他特記事項	副腎皮質ステロイド薬			年 月 日 ~ 年 月 日		免疫抑制薬	シクロスポリン		年 月 日 ~ 年 月 日		ミゾリビン		年 月 日 ~ 年 月 日		その他			年 月 日 ~ 年 月 日																				
	薬剤名	使用量	治療期間	その他特記事項																																																		
副腎皮質ステロイド薬			年 月 日 ~ 年 月 日																																																			
免疫抑制薬	シクロスポリン		年 月 日 ~ 年 月 日																																																			
	ミゾリビン		年 月 日 ~ 年 月 日																																																			
その他			年 月 日 ~ 年 月 日																																																			
治療効果 (該当する番号に○)	1. 完全寛解 2. 不完全寛解 I 3. 不完全寛解 II 4. 無効																																																					
検査成績	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th>ネフローゼ症候群 診断時の検査値</th> <th>免疫抑制薬使用前の 検査値</th> <th>免疫抑制薬併用 4週間以降の検査値</th> </tr> <tr> <th>年 月 日</th> <th>年 月 日</th> <th>年 月 日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1日尿蛋白(mg/day) (持続期間)</td> <td>(日間)</td> <td>(日間)</td> <td>(日間)</td> </tr> <tr> <td>血清蛋白(g/dl)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血清アルブミン値(g/dl)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血清コレステロール値(mg/dl)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>浮腫の有無</td> <td>有 ・ 無</td> <td>有 ・ 無</td> <td>有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td>血清クレアチン (mg/dl)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血中尿素窒素(mg/dl)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>クレアチンクリアランス(ml/分)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							ネフローゼ症候群 診断時の検査値	免疫抑制薬使用前の 検査値	免疫抑制薬併用 4週間以降の検査値	年 月 日	年 月 日	年 月 日	1日尿蛋白(mg/day) (持続期間)	(日間)	(日間)	(日間)	血清蛋白(g/dl)				血清アルブミン値(g/dl)				血清コレステロール値(mg/dl)				浮腫の有無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	血清クレアチン (mg/dl)				血中尿素窒素(mg/dl)				クレアチンクリアランス(ml/分)				その他				医師意見 (治療内容等)				
	ネフローゼ症候群 診断時の検査値	免疫抑制薬使用前の 検査値	免疫抑制薬併用 4週間以降の検査値																																																			
	年 月 日	年 月 日	年 月 日																																																			
1日尿蛋白(mg/day) (持続期間)	(日間)	(日間)	(日間)																																																			
血清蛋白(g/dl)																																																						
血清アルブミン値(g/dl)																																																						
血清コレステロール値(mg/dl)																																																						
浮腫の有無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無																																																			
血清クレアチン (mg/dl)																																																						
血中尿素窒素(mg/dl)																																																						
クレアチンクリアランス(ml/分)																																																						
その他																																																						
所属施設名 _____ 所在地 _____ (TEL ()) 主治医氏名 _____ 印 <div style="text-align: right;">記載年月日: 令和 年 月 日</div>																																																						

留意事項: 原則として6ヵ月以内の資料に基づき記入して下さい。

9 3 原発性慢性骨髓線維症個人票

(1.新規 2.更新)

ふりがな			性別	1.男 2.女	生年	1.明 2.大 3.昭 4.平 5.令	年 月 日
氏名					月日		
発病年月日	1.昭和 2.平成 3.令和	年 月 日	初診年月日	1.昭和 2.平成 3.令和			年 月 日
入院予定期間	年 月 日		～	年 月 日			
自他覚症状	(1) 肝脾腫 1. あり 2. なし 3. 不明 (2) 貧血症状 1. あり 2. なし 3. 不明 (3) 出血症状 1. あり 2. なし 3. 不明 (4) 発熱 1. あり 2. なし 3. 不明 (5) その他 1. あり() 2. なし 3. 不明						
臨床検査所見	(1) 末梢血所見 白血球数 _____ /mm ³ 赤血球 _____ ×10 ⁴ /mm ³ 血色素量 _____ g/dl H値 _____ % 血小板数 _____ ×10 ⁴ /mm ³ 網赤血球比率 _____ % 白赤芽球症 1. あり 2. なし 3. 不明 奇形赤血球 1. あり 2. なし 3. 不明 巨大血小板 1. あり 2. なし 3. 不明 巨核球 1. あり 2. なし 3. 不明						
症状および所見	(2) 骨髓穿刺 dry tap 1. あり (年 月 日実施) 2. なし (採取部位: _____) (2か所以上で、dry tap が認められること) (3) 骨髓生検実施 1. あり (年 月 日実施) 2. なし [所見: _____] (4) フェロキネティクスの体表測定 髓外造血の増加 1. あり 2. なし 3. 不明 4. 未施行 髓内造血の低下 1. あり 2. なし 3. 不明 4. 未施行 (5) 画像検査 (腹部CT, 腹部エコー, その他 (_____)) 1. あり (年 月 日実施) 2. なし [所見: _____]						
鑑別診断							
以下の疾患が鑑別できること							
① 白血病等の骨髓増殖性疾患	1. できる	2. できない	3. 不明				
② 急性骨髓線維症	1. できる	2. できない	3. 不明				
③ 真性赤血球増加症	1. できる	2. できない	3. 不明				
④ 本態性血小板血症	1. できる	2. できない	3. 不明				
⑤ 骨髓異形成症候群	1. できる	2. できない	3. 不明				
⑥ 悪性腫瘍	1. できる	2. できない	3. 不明				
⑦ 肉芽腫性疾患	1. できる	2. できない	3. 不明				
⑧ ベーチェット病	1. できる	2. できない	3. 不明				
⑨ 膠原病	1. できる	2. できない	3. 不明				
⑩ 放射線照射	1. できる	2. できない	3. 不明				
⑪ その他、続発性骨髓線維症をきたす疾患	1. できる	2. できない	3. 不明				

これまでの治療経過
医師意見（治療方針等）
所属施設名 _____ 所在地 _____ (TEL ()) 主治医氏名 _____ 印 記載年月日：令和 年 月 日

留意事項：原則として6ヵ月以内の資料に基づき記入して下さい。

9 4 不応性貧血（骨髓異形成症候群）個人票

(1.新規 2.更新)

ふりがな 氏 名	性別		1.男 2.女	生年 月 日	1.明 2.大 3.昭 4.平 年 月 日 5.令
発病年月日	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日	初診年月日	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日		
入院予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
分 類 (該当するものに○)	1. 不応性貧血 (RA) 2. 環状鉄芽球を伴う不応性貧血 (RARS) 3. 芽球を伴う不応性貧血 (RAEB) 4. 白血病になりかかっているRAEB (RAEB-t)				
症 状 および 所 見	1 自己覚症状 (1) 貧血症状 1. あり 2. なし 3. 不明 (4) その他 (2) 出血傾向 1. あり 2. なし 3. 不明 (3) 感冒症状 1. あり 2. なし 3. 不明				
	2 臨床検査所見 (1) 末梢血所見 (検査実施日 年 月 日) 白血球数 _____ /mm ³ 赤血球 _____ ×10 ⁴ /mm ³ 血色素量 _____ g/dl Ht値 _____ % 血小板数 _____ ×10 ⁴ /mm ³ 網赤血球比率 _____ %				
	(2) 骨髓所見 (検査実施日 年 月 日) 細胞密度: 1. 過形成 2. 正形成 3. 低形成 細胞数 _____ ×10 ⁴ /mm ³ 巨核球数 _____ /mm ³ 顆粒球 _____ % リンパ球 _____ % 赤芽球 _____ %				
	(3) 骨髓細胞の形態異常 ① 好中球 ・ pseudo-pelger異常 1. あり 2. なし 3. 不明 ・ 過分葉 1. あり 2. なし 3. 不明 ・ 顆粒の減少ないし消失 1. あり 2. なし 3. 不明 ② 巨赤芽球 1. あり 2. なし 3. 不明 ③ 環状鉄芽球 1. あり 2. なし 3. 不明 ④ 小巨核球 1. あり 2. なし 3. 不明 ⑤ 核の分離した巨核球 1. あり 2. なし 3. 不明 ⑥ 芽球の増加 1. あり 2. なし 3. 不明 ⑦ その他 []				
	(4) 染色体分析 (検査実施日 : 年 月 日) (採取部位 : 末梢血 ・ 骨髓) 1. 正常 2. 異常 [] 3. 未施行				
(5) フェロキネティクス (検査実施日 : 年 月 日) 血漿鉄消失時間 (PID) の短縮 1. あり 2. なし 3. 不明 4. 未施行 赤血球鉄交代率 (RIT) の低下 1. あり 2. なし 3. 不明 4. 未施行					

鑑別診断

以下の疾患が鑑別できること

- | | | | |
|-----------------|--------|---------|-------|
| ① 白血病などの骨髄増殖性疾患 | 1. できる | 2. できない | 3. 不明 |
| ② 再生不良性貧血 | 1. できる | 2. できない | 3. 不明 |
| ③ 溶血性貧血 | 1. できる | 2. できない | 3. 不明 |
| ④ 特発性血小板減少性紫斑病 | 1. できる | 2. できない | 3. 不明 |
| ⑤ バンチ症候群 | 1. できる | 2. できない | 3. 不明 |
| ⑥ 巨赤芽球性貧血 | 1. できる | 2. できない | 3. 不明 |
| ⑦ 発作性夜間血色素尿症 | 1. できる | 2. できない | 3. 不明 |
| ⑧ 膠原病 | 1. できる | 2. できない | 3. 不明 |

合併症	1. あり	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">疾患名等</div>	2. なし
-----	-------	---	-------

これまでの治療経過

医師意見 (治療内容等)

所属施設名 _____

所在地 _____ (TEL ())

主治医氏名 _____ 印

記載年月日：令和 年 月 日

留意事項：原則として6ヵ月以内の資料に基づき記入して下さい。