

22 後縦靭帯骨化症 臨床調査個人票

(1.新規)

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 2.平成		年	月	(満歳)	初診年月日	1.昭和 2.平成		年	月	日
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(____)) 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)										
家族歴	1.あり 2.なし 3.不明			受診状況(最近6か月)		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(____)

発症と経過(具体的に記述)

【WISH入力不要】

症状及び所見

機能評価(参考1)及び生活機能障害度(参考2)について、下記を参考に該当番号に をつけること。

現時点(平成 年 月)

1. 機能評価

- 上肢運動機能 (0, 1, 2, 3, 4)
- 下肢運動機能 (0, 1, 2, 3, 4)
- 知覚 上肢 (0, 1, 2)
- 下肢 (0, 1, 2)
- 躯幹 (0, 1, 2)
- 膀胱 (0, 1, 2, 3)

2. 生活機能障害度 (1, 2, 3)

(参考1)機能評価

上肢運動機能

- 0. 箸又はスプーンのいずれを用いても自力では食事をすることができない。
- 1. スプーンを用いて自力で食事ができるが、箸ではできない。
- 2. 不自由ではあるが、箸を用いて食事ができる。
- 3. 箸を用いて日常食事をしているが、ぎこちない。
- 4. 正常

注1 きき手でない側については、ひもむすび、ボタンかけなどを参考とする

注2 スプーンは市販品を指し、固定用バンド、特殊なグリップなどを使用しない場合をいう。

下肢運動機能

- 0. 歩行できない。
- 1. 平地でも杖又は支持を必要とする。
- 2. 平地では杖又は支持を必要としないが、階段ではこれらを要する。
- 3. 平地・階段ともに杖又は支持を必要としないが、ぎこちない。
- 4. 正常

注1 平地とは、室内又はよく舗装された平坦な道路を指す。

注2 支持とは、人による介助、手すり、つかまり歩行の支えなどをいう。

知覚

- A. 上肢 0. 明白な知覚障害がある。  
1. 軽度の知覚障害又はしびれ感がある。  
2. 正常
- B. 下肢 0. 明白な知覚障害がある。  
1. 軽度の知覚障害又はしびれ感がある。  
2. 正常
- C. 躯幹 0. 明白な知覚障害がある。  
1. 軽度の知覚障害又はしびれ感がある。  
2. 正常

注1 明白な知覚障害とは、知覚(触覚、痛覚、温度覚、振動覚、位置覚など)のいずれかの完全脱失又はこれに近いものを指し、検査手技の多少の異同によらず確実に検出できる程度のもをいう。

注2 耐え難いほどの異常知覚又は疼痛は0とする。

膀胱

- 0. 尿閉
- 1. 高度の排尿困難(残尿感、努嘔、淋瀝)
- 2. 軽度の排尿困難(頻尿、開始遅延)
- 3. 正常

注1 尿線に勢いがなく、又は排尿時間の延長はあるが、1に該当しないものは2とする。

注2 尿路疾患による排尿障害を除外する。

(参考2)生活機能障害度

- 1. 日常生活、通院にほとんど介助を要しない。
- 2. 日常生活、通院に部分介助を要する。
- 3. 日常生活に全面的な介助を要し、独力では歩行起立不能。

画像所見

単純X線写真による脊柱靭帯骨化巣（後縦靭帯骨化又は黄色靭帯骨化）の証明（平成 年 月 日）

頸椎 1.あり 2.なし 3.未撮影（認められた靭帯骨化；1.後縦靭帯 2.黄色靭帯）  
 胸椎 1.あり 2.なし 3.未撮影（認められた靭帯骨化；1.後縦靭帯 2.黄色靭帯）  
 腰椎 1.あり 2.なし 3.未撮影（認められた靭帯骨化；1.後縦靭帯 2.黄色靭帯）

MRIによる硬膜管狭小又は髄内信号変化の証明（平成 年 月 日）

頸椎 1.あり 2.なし 3.未撮影（認められた靭帯骨化；1.後縦靭帯 2.黄色靭帯）  
 胸椎 1.あり 2.なし 3.未撮影（認められた靭帯骨化；1.後縦靭帯 2.黄色靭帯）  
 腰椎 1.あり 2.なし 3.未撮影（認められた靭帯骨化；1.後縦靭帯 2.黄色靭帯）

CTによる靭帯骨化の証明（平成 年 月 日）

頸椎 1.あり 2.なし 3.未撮影（認められた靭帯骨化；1.後縦靭帯 2.黄色靭帯）  
 胸椎 1.あり 2.なし 3.未撮影（認められた靭帯骨化；1.後縦靭帯 2.黄色靭帯）  
 腰椎 1.あり 2.なし 3.未撮影（認められた靭帯骨化；1.後縦靭帯 2.黄色靭帯）

手術

1.手術済み 2.手術予定 3.手術なし

今まで実施した手術、又は今後予定している手術についてその内容を下記に記載のこと。

1.過去手術 2.今後手術	昭和・平成 年 月	1.頸椎前方 2.頸椎後方 3.胸椎前方 4.胸椎後方 5.腰椎前方 6.腰椎後方
1.過去手術 2.今後手術	昭和・平成 年 月	1.頸椎前方 2.頸椎後方 3.胸椎前方 4.胸椎後方 5.腰椎前方 6.腰椎後方
1.過去手術 2.今後手術	昭和・平成 年 月	1.頸椎前方 2.頸椎後方 3.胸椎前方 4.胸椎後方 5.腰椎前方 6.腰椎後方
1.過去手術 2.今後手術	昭和・平成 年 月	1.頸椎前方 2.頸椎後方 3.胸椎前方 4.胸椎後方 5.腰椎前方 6.腰椎後方
1.過去手術 2.今後手術	昭和・平成 年 月	1.頸椎前方 2.頸椎後方 3.胸椎前方 4.胸椎後方 5.腰椎前方 6.腰椎後方

医療上の問題点

【WISH入力不要】

医療機関名

医療機関所在地

電話番号 ( )

医師の氏名



記載年月日：平成 年 月 日

（軽快者の症状が悪化した場合のみ記載）

症状が悪化したことを医師が確認した年月日 平成 年 月 日

特定疾患登録者証交付年月日 平成 年 月 日