113　筋ジストロフィー

**■　基本情報**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **氏名** | | | | | | | |
| 姓(漢字) 　　 　　　 名(漢字)  姓(かな) 　　　　　 名(かな) | | | | | | | |
| **住所** | | | | | | | |
| 郵便番号 住所 | | | | | | | |
| **生年月日等** | | | | | | | |
| 生年月日 | | | 西暦 年 月 日 | | 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(漢字) 名(漢字)  姓(かな) 名(かな) | | | | |
| **家族歴** | | | | | | | |
| 近親者の発症者の有無 | | 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 続柄 | | | | | |
| 両親の近親結婚 | | 1.あり 2.なし 3.不明 詳細： | | | | | |
| **発病時の状況** | | | | | | | |
| 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**

**症状の概要、経過、特記すべき事項など**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **臨床病型診断**　**（該当する項目に☑を記入する）**  □ジストロフィン異常症　　　□肢帯型　　　□先天型　　　□顔面肩甲上腕型　　　□筋強直性　　　□エメリー･ドレイフス型　　　　　□眼咽頭筋型　　　　　　　 　　□その他 |

**Ａ．症状**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.慢性進行性の筋力低下 | | 1.あり　2.なし 3.不明 |
| 2.当該疾患特有の症状・合併症 (慢性進行性の筋力低下が、2.なし、 3.不明の場合は必須)（該当する項目に☑を記入する） | | |
| ➀臨床病型の特徴 | 特徴的症状･合併症 | |
| □ジストロフィン異常症 | □偽性肥大(下腿等)　□関節拘縮(足首、股関節等)　□心不全　□発達障害･精神発達遅延 | |
| □ 顔面肩甲上腕型 | □翼状肩甲　□ポパイの腕　 □顔面筋罹患　□非対称性の骨格筋罹患  □滲出性網膜炎(Coats’病)　□難聴 | |
| □ 筋強直性 | □筋強直現象　□斧様顔貌　□前頭部脱毛　□白質脳症　□日中過眠　□認知機能障害  □眼瞼下垂･兎眼　□白内障・網膜色素変性症　□難聴　□心伝導障害・不整脈　□低酸素血症  □睡眠時無呼吸症候群　□耐糖能障害・高インスリン血症　□高脂血症　□骨肥厚　□低IgG血症 | |
| □ エメリー･ドレイフス型 | □心伝導障害・不整脈　□心不全　□関節拘縮(肘・足首・脊椎等) | |
| □ 眼咽頭筋型 | □眼瞼下垂・外眼筋麻痺　□構音障害・嚥下障害 | |
| ②個別疾患(群)の特徴(肢帯型等) | 特徴的症状･合併症 | |
| □ ミオチリン異常症 | □構音障害　□顔面筋罹患 | |
| □ ラミン異常症 | □心伝導障害・不整脈　□心不全　□関節拘縮(肘・足首・脊椎等)　□偽性肥大(下腿等)  □リポジストロフィー　□Charcot-Marie-Tooth病　□早老症 | |
| □ カベオリン異常症 | □rippling　□QT延長症候群 | |
| □ デスミン異常症 | □心伝導障害･不整脈　□心不全　□呼吸不全 | |
| □ サルコグリカン異常症 | □偽性肥大(下腿等)　 □心不全 | |
| □ α-ジストログリカン異常症 | □心不全 | |

**Ｂ．家族歴（遺伝学的情報）**

|  |  |
| --- | --- |
| 1.同一家系内に遺伝学的または免疫学的検索で診断の確定した類症者が存在し、遺伝形式が当該疾患と矛盾しない | 1.該当　2.非該当 3.不明 |
| 2.同一家系内に一般病理学的所見で診断された類症者が存在し、遺伝形式が当該疾患と矛盾しない | 1.該当　2.非該当 3.不明 |
| **推定される遺伝形式(家族歴がある場合)**□X染色体連鎖　□常染色体優性遺伝　□常染色体劣性遺伝　□細胞質遺伝(母系遺伝) | |

**Ｃ．検査所見**

|  |  |
| --- | --- |
| 1.血清CK値高値　(既往を含むが一過性の上昇は除く)　（血清CK値: IU/L） | 1.あり　2.なし 3.不明 |
| 2.電気生理学的検査(筋電図等)による筋原性変化、疾患特異的所見  (所見: ) | 1.あり　2.なし 3.不明 |

**Ｄ．一般病理学的所見（凍結筋病理検体による検索）**

|  |  |
| --- | --- |
| ジストロフィー変化(骨格筋の壊死・再生像等)や当該疾患に特徴的な病理所見など当該疾患(病型)を示唆する所見  (所見: ) | 1.あり　2.なし 3.不明 |

**Ｅ．責任遺伝子の変異、蛋白の発現異常の確認**

|  |  |
| --- | --- |
| 1.遺伝学的検索による責任遺伝子の遺伝子変異 | 1.あり　2.なし 3.不明 |
| 2.免疫学的検索による責任蛋白質の欠損・異常タンパク質発現 | 1.あり　2.なし 3.不明 |
| **責任遺伝子(責任蛋白)**  □ジストロフィン(*DMD*)　□ミオチリン(*MYOT*)　□ラミンA/C(*LMNA*)　□カベオリン３(*CAV3*)　□デスミン(*DES*)　□カルパイン３(*CAPN3*)  □ジスフェルリン(*DYSF*)　□サルコグリカン(SG)-α(*SGCA*)　□SG-β(*SGCB*)　□SG-γ(*SGCG*)　□SG-δ(*SGCD*)　□タイチン(*TTN*)　□*ANO5*  □フクチン(*FKTN*)　□*FKRP*　□*POMT1*　□*POMT2*　□*POMGNT1*　□ラミニンα２(メロシン)(*LAMA2*)　□インテグリンα７(*ITG7*)　□*DNM2*  □４番染色体長腕D4Z4繰返し配列短縮(*DUX4*)　□*SMCHD1*　□*DMPK* CTG繰返し配列延長　□*CNBP* CCTG繰返し配列延長  □エメリン(*EMD*)　□*FHL1*□*PABPN1* GCG繰返し配列延長　□その他(自由記載：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  遺伝子変異が明らかな場合 (検査法：　　　　　　　　　) (変異の詳細： )  遺伝形式　□X染色体連鎖　　□常染色体優性遺伝　　□常染色体劣性遺伝　（変異の詳細：□片側アレル　　□両側アレル） | |

**Ｆ．遺伝学的診断・免疫学的診断がつかない場合に除外すべき鑑別疾患**

|  |  |
| --- | --- |
| 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。 | 全て除外可、除外不可、不明 |
| □ 代謝性筋疾患(ミトコンドリア病、糖原病、脂質代謝異常 etc.)  □ 炎症性筋疾患(皮膚筋炎/多発性筋炎、封入体筋炎、サルコイドミオパチー etc.)  □ 筋チャネル病(周期性四肢麻痺、非ジストロフィー性ミオトニー症候群￥、シュワルツ・ヤンペル症候群)  □ 筋無力症候群(重症筋無力症、先天性筋無力症候群)  □ 内分泌性ミオパチー(甲状腺中毒ミオパチー、粘液水腫、副甲状腺機能異常、低カリウム性ミオパチー etc.)  □ 薬剤性ミオパチー(悪性症候群、悪性高熱、ステロイドミオパチー etc.)  □ 先天性ミオパチー(ネマリンミオパチー、中心コア病、マルチミニコア病、中心核ミオパチー、筋線維型不均等症 etc.)  □ 遠位型ミオパチー(三好型ミオパチー、縁取り空胞を伴う遠位型ミオパチー、眼咽頭筋遠位型ミオパチー、筋原線維性ミオパチー etc.)  □ 自己貪食空胞性ミオパチー　　□ ウルリッヒ病　　　□ ベスレムミオパチー  □ 神経原性疾患(脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、筋萎縮性側索硬化症、原発性側索硬化症 etc.) | |

**＜診断のカテゴリー＞（該当する項目に☑を記入する）**

|  |
| --- |
| □　Definite　１．Ａのどれかと、Ｅの１、２どちらかとＦを満たす(責任遺伝子・蛋白同定)（常染色体劣性遺伝形式の疾患で片側アレルのみで変異が検出され、対側アレルの変異が確認できない場合は「Probable」として扱う）  □　Definite　２．Ａのどれかと、ＤとＦを満たす(一般病理学的診断) |
| □　Probable　１．Ａの1と、Ｂの1、Ｆを満たす  □　Probable　２．Ａの1、およびＢの２とＣのいずれか、Ｆを満たす  □　Probable ３. Ａのどれかと、Ｅの１、２どちらかとＦを満たすが、常染色体劣性遺伝形式の疾患で、片側アレルのみで変異が検出され、  対側アレルの変異が確認できない |
| □　Possible　１．Ａの1とＢの２またはＣのどれかを満たす  □　Possible　２．Ａの２とＢおよびＣのどれかを満たす  □　Possible　３．Ａの１と２をともに満たす  □　Possible　４．ＢのどれかとＥの１を満たす  □　Possible　５．Ｃの１とＢのどれかを満たす  □　Possible　６．Ｃの１とＤまたはＥの２を満たす |

**■　重症度分類に関する事項**

**modified Rankin Scale（mRS）【該当する番号を○で囲む】**

|  |
| --- |
| 0.まったく症候がない　　1.症候はあっても明らかな障害はない（日常の勤めや活動は行える）  2.軽度の障害（発症以前の活動がすべて行えるわけではないが、自分の身の回りのことは介助なしに行える）  3.中等度の障害（何らかの介助を必要とするが、歩行は介助なしに行える）　　4.中等度から重度の障害（歩行や身体的要求には介助が必要である）  5.重度の障害（寝たきり、失禁状態、常に介護と見守りを必要とする）　　6.死亡 |

**食事・栄養【該当する番号を○で囲む】**

|  |
| --- |
| 0.症候なし　　1.時にむせる、食事動作がぎこちないなどの症候があるが、社会生活・日常生活に支障ない  2.食物形態の工夫や、食事時の道具の工夫を必要とする　　3.食事・栄養摂取に何らかの介助を要する  4.補助的な非経口的栄養摂取（経管栄養、中心静脈栄養など）を必要とする　　5.全面的に非経口的栄養摂取に依存している |

**呼吸【該当する番号を○で囲む】**

|  |
| --- |
| 0.症候なし　　1.肺活量の低下などの所見はあるが、社会生活・日常生活に支障ない　　2.呼吸障害のために軽度の息切れなどの症状がある  3.呼吸症状が睡眠の妨げになる、あるいは着替えなどの日常生活動作で息切れが生じる  4.喀痰の吸引あるいは間欠的な換気補助装置使用が必要　　5.気管切開あるいは継続的な換気補助装置使用が必要 |

**循環【該当する項目に☑を記入する】**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 活動度制限 | 不整脈 | BNP(pg/ml) | LVEF |
| 0 | □症状無し | □無し | □<20pg/ml |  |
| 2 | □NYHA Ⅰ | □散発する心室・上室性期外収縮、I度房室ブロック | □20-50pg/ml | □>55% |
| 3 | □NYHA Ⅱ | □非持続性心室頻拍または心房細動など、上室性頻脈性不整脈、Ⅱ度房室ブロック、洞不全症候群 | □50-100pg/ml | □40-55% |
| 4 | □NYHA Ⅲ | □持続性心室頻拍または心室細動、完全房室ブロック | □>100pg/ml | □20-40% |
| 5 | □NYHA Ⅳ |  |  | □<20% |

活動制限、不整脈、BNP、LVEFのうち最大の点数を採用する

**■　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.気管切開口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  整容  入浴  階段昇降  排便コントロール | □自立 □部分介助 □全介助  □自立 □部分介助/不可能  □自立 □部分介助/不可能  □自立 □部分介助 □不能  □自立 □部分介助 □全介助 | 車椅子とベッド間の移動  トイレ動作  歩行  着替え 排尿コントロール | | □自立 □軽度介助 □部分介助 □全介助 □自立 □部分介助 □全介助  □自立 □軽度介助 □部分介助 □全介助  □自立 □部分介助 □全介助  □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 （ ） 医師の氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　記載年月日：平成 年 月 日　　　　　　　※自筆または押印のこと | | | | | | |

・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ます。）

・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ヵ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27年５月13日健発0513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。