様式２号

5　スモン　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	保険種別	1.政　2.組　3.船 4.共　5.国　6.老		

診断	1．スモン　2．その他
キノホルム服用歴	1．あり　2．なし　3．不明
発症直後で最重症時の状況	(1)視力 1．全盲　2．明暗のみ　3．眼前手動弁　4．眼前指数弁　5．軽度低下　6．ほとんど正常　7．不明 (2)歩行（*車椅子使用含む） 1．不能　2．要介助*　3．つかまり歩き　4．松葉杖　5．一本杖　6．不安定独歩　7．正常　8．不明
現在の症状・所見	(1)視力 1．全盲　2．明暗のみ　3．眼前手動弁　4．眼前指数弁　5．軽度低下　6．ほとんど正常 (2)歩行（*車椅子使用含む） 1．不能　2．要介助*　3．つかまり歩き　4．松葉杖　5．一本杖　6．不安定独歩　7．正常 (3)下肢の感覚障害 a．自覚的異常感覚　1．あり（1．高度　2．中等度　3．軽度）　2．なし　3．不明 b．他覚的感覚障害　1．あり（1．高度　2．中等度　3．軽度）　2．なし　3．不明 (4)自律神経症状 a．下肢皮膚温低下　1．あり　2．なし　3．不明 b．尿失禁　1．あり　2．なし　3．不明 c．大便失禁　1．あり　2．なし　3．不明
合併症・その他	1．眼疾患　2．高血圧　3．脊椎疾患　4．四肢関節疾患　5．肝･胆嚢疾患 6．他の消化器疾患　7．腎･泌尿器疾患　8．心疾患　9．骨折　10．脳血管障害 11．呼吸器疾患　12．糖尿病　13．悪性腫瘍　14．ノイローゼ　15．心気的 16．うつ病　17．認知症　18．歯科疾患　19．その他(　　)
鑑別診断	①ギラン・バレー症候群　1.鑑別できる　2.鑑別できない ②亜急性連合性脊髄変性症　1.鑑別できる　2.鑑別できない ③ペラグラ　1.鑑別できる　2.鑑別できない ④急性間欠性ポルフィリン症　1.鑑別できる　2.鑑別できない ⑤癌性ニューロパチー　1.鑑別できる　2.鑑別できない ⑥脱髄性疾患　1.鑑別できる　2.鑑別できない ⑦抗結核剤ニューロパチー　1.鑑別できる　2.鑑別できない ⑧脊髄炎　1.鑑別できる　2.鑑別できない ⑨脊髄腫瘍　1.鑑別できる　2.鑑別できない ⑩アミロイドーシス　1.鑑別できる　2.鑑別できない ⑪糖尿病性ニューロパチー　1.鑑別できる　2.鑑別できない ⑫その他(　　)　1.鑑別できる　2.鑑別できない

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

印　　記載年月日：平成　年　月　日

※　「スモン健康管理手帳」の提示もしくは写しを添付してください。