**チェック表**

**主治医の先生へ**記載日：　　　　年　　月　　日

以下のリストにご記入の上、**紹介状に必ず同封して下さい**。

自治医科大学附属病院

リハビリテーション科　　森田 光哉

患者氏名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**いずれかに✓してください**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 改訂版El Escorial Airlie House診断基準でのClinically Definite ALS、Clinically Probable ALS、又は、Clinically Probable-Laboratory Supported ALSに該当する | はい□ | いいえ□ |
| ALS発症後2年以内 | はい□ | いいえ□ |
| 年齢が40歳以上、79歳未満 | はい□ | いいえ□ |
| ALSと診断された血縁者（家族、親族）がいない | はい□ | いいえ□ |
| 改訂ALS Functional Rating Scale（ALSFRS-R）スコアが37点以上で、かつ、いずれの項目にも2点以下がない | はい□ | いいえ□ |
| ALSFRS-Rの「12．呼吸不全」の項目が4点 | はい□ | いいえ□ |
| Modified Norris Scale球症状尺度の項目で2点未満の項目がない | はい□ | いいえ□ |
| リルゾールの新規開始、用法用量の変更、又は、中止をしていない | はい□ | いいえ□ |
| 併用禁止薬を使用していない、又は、併用禁止療法を実施していない | はい□ | いいえ□ |
| 12週間以内に他の治験又は介入を伴う臨床研究に参加していない | はい□ | いいえ□ |
| MRI検査が可能 | はい□ | いいえ□ |
| 気管切開の施行、又は、非侵襲的呼吸補助装置を装着している | はい□ | いいえ□ |
| 努力性肺活量（%FVC）が60%以下 | はい□ | いいえ□ |
| 腰椎穿刺が困難な背景（蓋内圧亢進、腰椎の変形疾患、出血傾向）を有している | はい□ | いいえ□ |
| 重篤な薬物アレルギー、又は、重度のアレルギー疾患の既往歴あるいは合併症を有している | はい□ | いいえ□ |
| 悪性腫瘍、慢性閉塞性肺疾患、又は、コントロール不良の糖尿病を合併している | はい□ | いいえ□ |
| 認知症と診断されている | はい□ | いいえ□ |
| CTCAE ver.5.0基準でGrade 3以上の呼吸器疾患、心血管疾患、肝疾患または腎疾患を有している | はい□ | いいえ□ |
| 妊婦または妊娠している可能性がある | はい□ | いいえ□ |

2022/8/18　作成