

主治医の先生へ

記載日： 年 月 日

以下のチェック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 <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
ALS発症後2年以内	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
年齢が40歳以上、79歳未満	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
ALSと診断された血縁者（家族、親族）がない	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
ALSFRS-Rの「12. 呼吸不全」の項目が4点	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
Modified Norris Scale球症状尺度の項目で2点未満の項目がない	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
MRI検査が可能	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
努力性肺活量（%FVC）が60%以下	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
認知症と診断されている	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
妊婦または妊娠している可能性がある	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>