

68・69 黄色靱帯骨化症・後縦靱帯骨化症¹

P4

3. MRI：靱帯骨化巣による脊髄圧迫がみられる	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当	
	検査年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	頸椎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
		認められた靱帯骨化 <input type="checkbox"/> 1. 後縦靱帯
	胸椎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
		認められた靱帯骨化 <input type="checkbox"/> 1. 後縦靱帯 <input type="checkbox"/> 2. 黄色靱帯
腰椎	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未撮影	
	認められた靱帯骨化 <input type="checkbox"/> 1. 後縦靱帯 <input type="checkbox"/> 2. 黄色靱帯	
脊髄圧迫	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 未撮影	

「脊髄圧迫」の記載もれ、記載ミスが非常に多くみられます。靱帯骨化に加えて、脊髄圧迫も診断基準に関わりますので、必ずご確認ください。

MRIが何らかの理由で未撮影であるが、CT等で脊髄圧迫が確認できている場合は、その旨を特記事項に記載してください。

症状の概要、経過、特記すべき事項など *250文字以内かつ7行以内

P4

(例) 令和〇年〇月〇日 CTにより該当箇所の脊髄圧迫を確認。

68・69 黄色靭帯骨化症・後縦靭帯骨化症②²

P5

■ 重症度分類に関する事項

靭帯骨化による運動機能障害		
画像所見で後縦靭帯骨化または黄色靭帯骨化が証明される	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
それが神経障害の原因となって、日常生活上支障となる著しい運動機能障害を伴う	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ

靭帯骨化による運動機能障害はいずれも「はい」であることが認定要件です。
いずれかが「いいえ」では重症度基準を満たしません。
記載年月日から直近6か月間で最も悪い状態で判定してください。

68・69 黄色靱帯骨化症・後縦靱帯骨化症③

判定日が記載年月日から遡って6か月以上前であることが散見されます。

P5

機能評価

評価年月日 西暦 [] [] [] [] 年 [] [] 月 [] [] 日

- 頸髄症：I 上肢運動機能、II 下肢運動機能のいずれかが2点以下
- 頸髄症：I、II の合計点が6点または7点であっても手術治療を行う場合
- 胸髄症あるいは腰髄症：II 下肢運動の評価項目が2点以下
- 胸髄症あるいは腰髄症：II が3点でも手術治療を行う場合
- いずれにも該当しない

P5

今後手術予定の部位		時期	西暦	年	月
頸椎前方	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	時期	[] [] [] []	[]	[]
頸椎後方	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	時期	[] [] [] []	[]	[]
胸椎前方	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	時期	[] [] [] []	[]	[]
胸椎後方	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	時期	[] [] [] []	[]	[]
腰椎前方	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	時期	[] [] [] []	[]	[]
腰椎後方	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	時期	[] [] [] []	[]	[]

記載年月日から1年以内の手術予定を記載してください。

点数の整合性が確認できないことが多いです。また、所見がある部位で選択肢が異なる点もご注意ください。

- ・ 頸椎の靱帯骨化→**頸髄症**
- ・ 胸椎の靱帯骨化→**胸髄症**
- ・ 腰椎の靱帯骨化→**腰髄症**

P6

I 上肢運動機能

- 0. 箸又はスプーンの
- 1. スプーンを用いて
- 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

II 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