

症例集見本

※様式は自由です。できる限り、10症例以上あげてください。

〔症例1〕 A. B 男性 ○○歳

S62年5月25日、右片麻痺発症し、同日来院。頭部CT検査で左外側型脳出血を認め入院、翌5月26日穿頭による血腫除去術施行。術後経過要綱なるも、右片麻痺、失語症が遷延し、機能訓練を施行したが、症状の著明な改善は無く、S62年8月31日退院、その後通院加療を行い、S63年11月12日に身体障害者手帳1級（右上肢2級、右下肢3級、合併症：失語症）を申請した。

新規の場合、下線部分は省略となります（以下同じ）。

〔症例2〕 C. D 男性 ××歳

H2年10月14日、右片麻痺と軽い言語障害で発症し、他医にて加療を受けていたが、症状憎悪したため、10月19日来院。頭部CT検査で脳梗塞（左放射冠）を認め、入院加療（ウロキナーゼ、脳循環改善剤、脳代謝賦活剤等の投与、理学療法、機能訓練）を行い、H2年11月10日に症状軽快退院し、その後通院加療を続け、H3年3月5日に身体障害者手帳2級（右上肢3級、右下肢3級）を申請した。

〔症例3〕 E. F 女性 △△歳

H4年2月4日、頭痛、嘔吐、意識障害等の症状で発症し来院。同日入院し、頭部CT検査でクモ膜下出血、脳血管撮影検査で脳動脈瘤3個を認め、2月5日（2個）、6月1日（1個）脳動脈瘤クリッピング手術を行い、術後ほぼ順調に経過するも、両下肢機能障害、知能低下等の症状が残り、アジソン病、甲状腺機能低下、糖尿病等を合併しており、リハビリテーションを含む加療を続け、H8年8月8日退院した、入院中のH4年11月17日に症状固定と判断し、身体障害者手帳2級（両下肢2級、右上肢7級、左上肢7級）を申請した。

〔症例4〕 G. H 女性 ■■歳

H4年2月頃から、両手、手関節、肩、肘、足関節、足、頸部等、全身の関節痛が出現し、同年2月末に〇〇病院整形外科で、慢性関節リュウマチの診断の下に、加療を受けていたが、H5年9月27日当病院に来院し、以来、投薬加療を続けていた。全身の関節痛とこわばりがあり、症状は日によって波があるものの、特に両手、手関節、足関節の痛みが強く、X-P検査でも、両手関節、手根骨、足根骨の変形が強く、右手第3指、左手第2指のMP関節の変形、右第4趾、左第3趾のMP関節亜脱臼、両膝関節の関節裂隙狭窄小等の変化が認められた。H10年5月13日に身体障害者手帳1級（両上肢2級、両下肢2級）を申請した。

〔症例５〕 I. J 女性 ○×歳

S 6 3 年 3 月 頃 から、両上下肢の振戦あり、他病院を受診、加療を受けていたが、H 3 年 3 月 当 病 院 に 来 院。H 3 年 7 月 ○○ 大 学 病 院 に 紹 介 し て 検 査 を 受 け、脊 髄 小 脳 変 性 症 と 診 断 さ れ、その後は当病院で投薬加療を続けていたが、症状は進行性でH 6 年頃から急速に憎悪し、両上下肢の振戦、筋固縮、運動失調、不随意運動、眩暈、言語障害、燕下障害等の症状が強くなり、H 7 年 3 月 2 8 日 に 身 体 障 害 者 手 帳 1 級（両下肢 2 級、両上肢 2 級）を申請した。

〔症例６〕 K. L 男性 ○△歳

H 7 年 6 月 2 1 日、意識障害、右片麻痺で発症し、救急車で来院。頭部CT検査で左基底核の大きい出血（脳室へ穿破）を認め、入院させ、6 月 2 3 日 に 開 頭 に よ る 血 腫 除 去 術 を 行 っ た が、右片麻痺、失語症が残り、リハビリテーションを含む加療を続けたが、麻痺の程度は重く、H 8 年 2 月 1 6 日 に 身 体 障 害 者 手 帳 1 級（右上肢 2 級、右下肢 3 級）を申請した。

〔症例７〕 M. N 女性 ○■歳

H 5 年 6 月 1 8 日、意識障害、右片麻痺で発症し、他医より照会されて来院。頭部CT検査で脳出血（左被殻）を認め入院させ、同日、開頭による血腫除去術を施行。術後経過順調なるも、右片麻痺、失語症が残り、リハビリテーションを含む治療を行い、H 5 年 8 月 2 8 日 退 院 し、その 後 通 院 加 療 を 続 け、H 6 年 1 月 2 8 日 に 症 状 固 定 と 判 断 し、身体障害者手帳 1 級（右上肢 2 級、右下肢 3 級）を申請した。

〔症例８〕 O. P 男性 ×△歳

H 1 0 年 8 月 2 8 日 朝 から 左 片 麻 痺、言 語 障 害 が 出 現 し た と 訴 え て、9 月 6 日 来 院 し た。頭部CT検査で脳梗塞（右視床）を認め、入院させ、脳循環改善剤、脳代謝賦活剤等の投与を行い、その後引き続き入院でリハビリテーションを行い、H 1 1 年 6 月 2 2 日 退 院 し た。H 1 1 年 5 月 2 5 日 に 左 上 下 肢 機 能 障 害 は 固 定 し た と 判 断 し、身体障害者手帳 1 級（左上肢 2 級、左下肢 3 級）を申請した。

令和○○年○○月○○日

上記のとおり相違ありません。

○○病院 《15条指定医師申請者氏名》