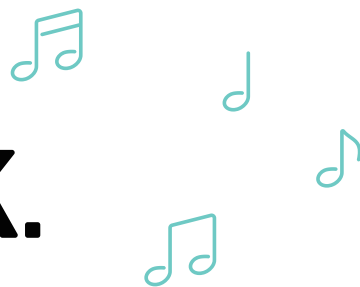


MY GOAL MY SCORE BOOK.

マイゴール・マイスコアブック



【監修】

国際医療福祉大学 医学部 脳神経内科学 教授 村井 弘之 先生

使用開始年月日： 年 月 日 ~

終了年月日： 年 月 日まで



アルジェニクスジャパン株式会社



協力： NPO法人 筋無力症患者会

重症筋無力症（MG）の患者さんへ

重症筋無力症（MG）の治療では、
「QOL（生活の質）やメンタルヘルスの良い状態を保つ」
ことが大切です¹⁾。

一方で、専門家の報告では、治療目標※を達成していない患者さんが40%
程度いるともいわれています^{2,3)}。

MG症状が日常生活に影響を及ぼしたり、治療を負担に感じたりすること
はありませんか？それをどのように先生に伝えればよいか分からないとき
はありませんか？

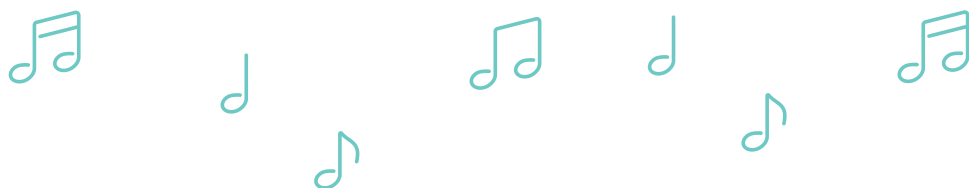
この冊子を活用して、あなたのQOLが良い状態にあるかどうか、あなたが
MG症状を治療でコントロールしながら、生活の中でやってみたいことや
挑戦したいこと（マイゴール）について、主治医の先生とお話ししてみ
てください。

※ 経口ステロイド1日5mg以下で、軽微な筋力低下は存在するが、日常生活には支障がない状態（MM-5mg）

1) 日本神経学会監修：重症筋無力症／ランバート・イートン筋無力症候群診療ガイドライン2022, 2022, 南江堂

2) Utsugisawa K, et al.: Muscle Nerve. 2017; 55 (6) : 794-801.

3) Ozawa Y, et al.: J Neurol. 2021;268(10):3781-3788.



◆ マイゴールパート

(診察時に先生と確認するページ)

■ わたしのプロフィール	6 ページ
■ わたしのMGヒストリー	6 ページ
■ マイゴール	7 ページ
■ ヘルプミーポイント	7 ページ
■ マイカレンダー	8 ページ
■ 各スコアの年間推移	10 ページ

本冊子は、年単位または月単位で記録するマイゴールパート（6～11ページ）と、週単位で記録・測定するミスコアパート（14～37ページ）があります。

マイゴールパートの記入方法

マイゴールパートには、マイゴール(わたしの治療目標)や年間の予定などを記入します。記入内容を元に主治医の先生と相談し、今後の治療計画を確認しましょう。

(記入例)

■マイゴール（7ページ）

MG症状をコントロールして生活の中で目指したいことや、とくに改善したい症状について記入しましょう。あなたがどういった生活を目指して治療したいのか、先生にお伝えすることができます。

マイゴール

①マイゴール
MG症状を治療でコントロールして良い状態を維持しながら、生活の中でやってみたいことや挑戦したいことを記入しましょう。

今年のマイゴール 毎日散歩に出かけたい

1年後のマイゴール 杖を使わずに自力で歩きたい

②コントロールしたい症状
特にコントロールしたい症状について、どのような状態を目指したいか記入しましょう。

呼吸

の症状

いまのわたし なりたいわたし

■マイカレンダー（8、9ページ）

生活の予定や大切なイベントを年間カレンダーに記入しましょう。その予定を確認しながら、受診・治療予定日について先生と相談しましょう。

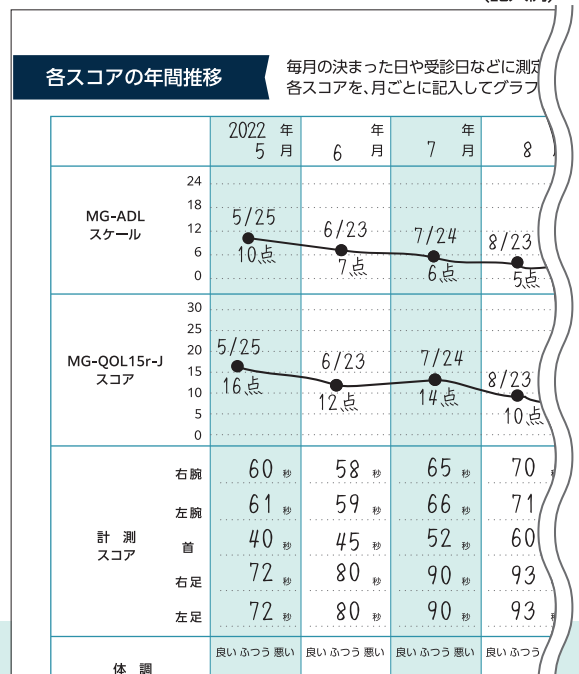
(記入例)

マイカレンダー		マイゴールに関係する受診予定や治療計画、メモ			
		2022年	5月	6月	7月
わたしの予定・できごと		5/5 孫の初節句	5/30 友人と食事	6/18 妻とショッピング	
MGの受診予定・治療計画		5/25 受診予定		6/23 受診予定	
メモ (MG以外の受診予定など)					白内障手術で7/25から入院予定

■各スコアの年間推移（10、11ページ）

毎月の決まった日や受診日などに測定した各スコアを、月ごとに記入してグラフにしましょう。年間の推移を振り返ることができます。

(記入例)



わたしのプロフィール

生年月日(年齢) 年 月 日 (歳) 性別

血液型 住まい

家族構成

職業

趣味

休日の過ごし方

わたしのMGヒストリー

自己抗体の種類 胸腺腫

はじめて症状が出た時 年 月ごろ

その時の具体的な症状

診断がついた時 年 月

M G の 治 療

MG以外の病気のこと

病 名

他 の 診 療 科

併 用 薬

マイゴール

①マイゴール

MG症状を治療でコントロールして良い状態を維持しながら、生活の中でやってみたいことや挑戦したいことを記入しましょう。

今年のマイゴール

..... 年後のマイゴール

②コントロールしたい症状

特にコントロールしたい症状について、どのような状態を目指したいか記入しましょう。

の症状

いまのわたし

なりたいわたし



の症状

いまのわたし

なりたいわたし



ヘルプミーポイント

仕事や家庭などにおいて困っているポイント、周囲の人の力を借りたいポイントを記入しましょう。

マイカレンダー








マイゴールに関するイベントや今後の予定、
受診予定や治療計画、来年のビッグイベントも記入しましょう。

	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
わたしの 予定・ できごと						
MGの 受診予定・ 治療計画						
メモ (MG以外の 受診予定 など)						
	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
来年 の 予定						






















	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
わたしの 予定・ できごと						
MGの 受診予定・ 治療計画						
メモ (MG以外の 受診予定 など)						
来年 の 予定	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月

各スコアの年間推移

毎月の決まった日や受診日などに測定した各スコアを、月ごとに記入してグラフにしましょう。

	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
MG-ADL スケール	24				
	18				
	12				
	6				
	0				
MG-QOL15r-J スコア	30				
	25				
	20				
	15				
	10				
	0				
計測 スコア	右腕 秒	秒	秒	秒	秒
	左腕 秒	秒	秒	秒	秒
	首 秒	秒	秒	秒	秒
	右足 秒	秒	秒	秒	秒
	左足 秒	秒	秒	秒	秒
体調	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   
今月の満足度 (0~100点)	点	点	点	点	点
※自由記入欄					

※一番下の空欄には、主治医の先生と相談して継続して確認することにした項目やスコア（体重や抗体価など）を記入しましょう。

年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒
秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒
秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒
秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒
秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒
良い ふう 悪い	良い ふう 悪い	良い ふう 悪い	良い ふう 悪い	良い ふう 悪い	良い ふう 悪い	良い ふう 悪い
  	  	  	  	  	  	  
点	点	点	点	点	点	点

◆ マイスコアパート

14~37 ページ

(ご家庭での体調変化を記録するページ)

つぎの5つの指標を毎週記録できます。

1か月分の記録を見開き2ページでみることができます。

- MG-ADL スケール^{1,2)}
- MG-QOL15r-J スコア³⁾
- 腕上げ・首上げ・足上げのタイム計測
- 体調・マイゴール管理
- 次回診察時に先生にお伝えしたいメモ

1) 日本神経学会監修：重症筋無力症／ランバート・イートン筋無力症候群診療ガイドライン2022, 2022, 南江堂

2) Wolfe GI, et al, Myasthenia gravis activities of daily living profile, *Neurology*, 52, 7, 1487-1489.

3) Burns TM, Sadjadi R, Utsugisawa K, et al. International clinimetric evaluation of the MG-QOL15, resulting in slight revision and subsequent validation of the MG-QOL15r. *Muscle Nerve*.

54: 1015-1022, 2016 総合花巻病院 檜沢公明先生作成

マイスコアパートの記入方法

(14~37ページ)

マイスコアパートでは、MG症状の程度やQOLを点数化する指標を用いて、あなたの状態を週単位で記録できます。ご家庭での様子を先生にお伝えするために、週に1回、できるだけ同じ曜日、同じ時間帯に測定してください。

■MG-ADLスケール

「MG-ADLスケール」を活用し、あなたの状態をスコア化しましょう。

(記入例)

MG-ADLスケール				日付	5/4	5/11
※0-3点からスコアリングしましょう				記録した時間	9時	10時
	0点	1点	2点	3点		
会話	正常	間欠的に不明瞭/もしくは鼻声	常に不明瞭/もしくは鼻声、しかし聞いて理解可能	聞いて理解するのが困難	1	1
咀嚼	正常	固形物で疲労	柔らかい食物で疲労	経管栄養	2	1
視下	正常	まれにむせる	頻回にむせるため、食事の変更が必要	経管栄養	1	0
呼吸	正常	体動時の息切れ	安静時の息切れ	人工呼吸を要する	2	1
歯磨き 歯使用の障害	なし	努力を要するが 休息を要しない	休息を要する	できない	1	1

■MG-QOL15r-Jスコア

「MG-QOL15r-Jスコア」を活用し、あなたの状態をスコア化しましょう。

(記入例)



MG-QOL15r-Jスコア			※0-2点からスコアリングしましょう	
	0	1	2	1
	全くそうは思わない	少しそう思う		
MGの病状に不満である			2	1
MGのため物を見る際に支障が生じる(二重に見える、まぶたが下がる、など)			1	1
MGのため食べる際に支障が生じる			1	2
MGのため社会活動に制限が生じている			1	1
MGのため趣味や娯楽を以前ほど楽しめない			1	1
MGのため家族の要求に十分に答えられない			1	2
MGのため行動に工夫が必要			2	1

■腕上げ・首上げ・足上げのタイム計測

腕・首・足、それぞれの部位を上げた状態をどれくらいの時間保つことができるかを測定しましょう。

※「腕・首・足を上げた状態」について、あなたと先生が同じ動作をイメージできていることが大切です。事前に先生と確認しましょう。

(記入例)

腕上げ・首上げ・足上げのタイム計測			日付	5/4
 ① 腕を肩の高さに水平に上げた状態を保てる秒数 (最大240秒まで)	右腕		50	秒
	左腕		48	秒
 ② 仰向けに横になった状態で首を床から持ち上げ続けられる秒数 (最大120秒まで)			40	秒
 ③ 仰向けに横になった状態で足を床から持ち上げ続けられる秒数 (最大100秒まで)	右足		72	秒
	左足		75	秒

■体調記録・マイゴール管理

あなたの体調を3段階で評価しましょう。また、マイゴールパートに記入した治療目標が達成できているかどうか、チェックしましょう。

(記入例)

体調・マイゴール管理									
日付	5/4		5/11		/				
体調	良い	ふつう	悪い	良い	ふつう	悪い	良い	ふつう	悪い
マイゴールが達成できている	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MG症状がコントロールできている	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
治療による	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MG-ADLスケール

※0-3点からスコアリングしましょう

0点

1点

2点

3点

					日付	/	/	/	/	/
					記録した時間					
会話	正常	間欠的に不明瞭/ もしくは鼻声	常に不明瞭/もしくは鼻声、 しかし聞いて理解可能	聞いて理解するのが 困難						
咀嚼	正常	固形物で疲労	柔らかい食物で疲労	経管栄養						
嚥下	正常	まれにむせる	頻回にむせるため、 食事の変更が必要	経管栄養						
呼吸	正常	体動時の息切れ	安静時の息切れ	人工呼吸を要する						
歯磨き・ 歯使用の障害	なし	努力を要するが 休息を要しない	休息を要する	できない						
椅子からの 立ち上がり障害	なし	軽度、時々 腕を使う	中等度、常に腕を使う	高度、介助を要する						
複視	なし	あるが毎日ではない	毎日起こるが 持続的でない	常にある						
眼瞼下垂	なし	あるが毎日ではない	毎日起こるが 持続的でない	常にある						
					合計ポイント					

MG-QOL15r-Jスコア




※0-2点からスコアリングしましょう

0 全くそうは思わない

1 少しそう思う

2 強くそう思う

MGの病状に不満である					
MGのため物を見る際に支障が生じる（二重に見える、まぶたが下がる、など）					
MGのため食べる際に支障が生じる					
MGのため社会活動に制限が生じている					
MGのため趣味や娯楽を以前ほど楽しめない					
MGのため家族の要求に十分に答えられない					
MGのため行動に工夫が必要					
MGのため仕事や役割（家庭を含む）に制限が生じ悩まされている					
MGのため話す際に支障が生じる					
MGのため外出、用足しをひとりですることが難しい（車の運転、買い物など）					
MGのため気持ちが落ち込む					
MGのため歩行に支障が生じる					
MGのため周囲と同じ早さで行動できない（公共の場所などで）					
MGでつらくて精神的に押し潰されそうになる					
MGのため身支度に支障が生じる					
					合計ポイント

		日	付	/	/	/	/	/
	① 腕を肩の高さに水平に上げた状態を保てる秒数 (最大240秒まで)	右腕		秒	秒	秒	秒	秒
		左腕		秒	秒	秒	秒	秒
	② 仰向けに横になった状態で首を床から持ち上げ続けられる秒数 (最大120秒まで)	秒	秒	秒	秒	秒	秒	
	③ 仰向けに横になった状態で足を床から持ち上げ続けられる秒数 (最大100秒まで)	右足		秒	秒	秒	秒	秒
		左足		秒	秒	秒	秒	秒

体調・マイゴール管理

日	付	/	/	/	/	/
体	調	良い ぶつう 悪い   	良い ぶつう 悪い   	良い ぶつう 悪い   	良い ぶつう 悪い   	良い ぶつう 悪い   
マイゴールが	達成できている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない
MG症状が	コントロールできている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない
治療による	負担が大きい	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない

メモ (次回診察時に伝えたいことを記入しましょう。)

MG-ADLスケール

※0-3点からスコアリングしましょう

0点

1点

2点

3点

					日付	/	/	/	/	/
					記録した時間					
会話	正常	間欠的に不明瞭/ もしくは鼻声	常に不明瞭/もしくは鼻声、 しかし聞いて理解可能	聞いて理解するのが 困難						
咀嚼	正常	固形物で疲労	柔らかい食物で疲労	経管栄養						
嚥下	正常	まれにむせる	頻回にむせるため、 食事の変更が必要	経管栄養						
呼吸	正常	体動時の息切れ	安静時の息切れ	人工呼吸を要する						
歯磨き・ 歯使用の障害	なし	努力を要するが 休息を要しない	休息を要する	できない						
椅子からの 立ち上がり障害	なし	軽度、時々 腕を使う	中等度、常に腕を使う	高度、介助を要する						
複視	なし	あるが毎日ではない	毎日起こるが 持続的でない	常にある						
眼瞼下垂	なし	あるが毎日ではない	毎日起こるが 持続的でない	常にある						
					合計ポイント					

MG-QOL15r-Jスコア




※0-2点からスコアリングしましょう

0 全くそうは思わない

1 少しそう思う

2 強くそう思う

MGの病状に不満である					
MGのため物を見る際に支障が生じる（二重に見える、まぶたが下がる、など）					
MGのため食べる際に支障が生じる					
MGのため社会活動に制限が生じている					
MGのため趣味や娯楽を以前ほど楽しめない					
MGのため家族の要求に十分に答えられない					
MGのため行動に工夫が必要					
MGのため仕事や役割（家庭を含む）に制限が生じ悩まされている					
MGのため話す際に支障が生じる					
MGのため外出、用足しをひとりですることが難しい（車の運転、買い物など）					
MGのため気持ちが落ち込む					
MGのため歩行に支障が生じる					
MGのため周囲と同じ早さで行動できない（公共の場所などで）					
MGでつらくて精神的に押し潰されそうになる					
MGのため身支度に支障が生じる					
					合計ポイント

		日	付	/	/	/	/	/
	① 腕を肩の高さに水平に上げた状態を保てる秒数 (最大240秒まで)	右腕		秒	秒	秒	秒	秒
		左腕		秒	秒	秒	秒	秒
	② 仰向けに横になった状態で首を床から持ち上げ続けられる秒数 (最大120秒まで)	秒	秒	秒	秒	秒	秒	
	③ 仰向けに横になった状態で足を床から持ち上げ続けられる秒数 (最大100秒まで)	右足		秒	秒	秒	秒	秒
		左足		秒	秒	秒	秒	秒

体調・マイゴール管理

日	付	/	/	/	/	/
体	調	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   
マイゴールが	達成できている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない
MG症状が	コントロールできている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない
治療による	負担が大きい	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない

メモ (次回診察時に伝えたいことを記入しましょう。)

MG-ADLスケール

※0-3点からスコアリングしましょう

0点

1点

2点

3点

					日付	/	/	/	/	/
					記録した時間					
会 話	正常	間欠的に不明瞭/ もしくは鼻声	常に不明瞭/もしくは鼻声、 しかし聞いて理解可能	聞いて理解するのが 困難						
咀 嚼	正常	固形物で疲労	柔らかい食物で疲労	経管栄養						
嚥 下	正常	まれにむせる	頻回にむせるため、 食事の変更が必要	経管栄養						
呼 吸	正常	体動時の息切れ	安静時の息切れ	人工呼吸を要する						
歯磨き・ 嚙使用の障害	なし	努力を要するが 休息を要しない	休息を要する	できない						
椅子からの 立ち上がり障害	なし	軽度、時々 腕を使う	中等度、常に腕を使う	高度、介助を要する						
複 視	なし	あるが毎日ではない	毎日起こるが 持続的でない	常にある						
眼瞼下垂	なし	あるが毎日ではない	毎日起こるが 持続的でない	常にある						
					合計ポイント					

MG-QOL15r-Jスコア




※0-2点からスコアリングしましょう

0 全くそうは思わない

1 少しそう思う

2 強くそう思う

MGの病状に不満である					
MGのため物を見る際に支障が生じる（二重に見える、まぶたが下がる、など）					
MGのため食べる際に支障が生じる					
MGのため社会活動に制限が生じている					
MGのため趣味や娯楽を以前ほど楽しめない					
MGのため家族の要求に十分に答えられない					
MGのため行動に工夫が必要					
MGのため仕事や役割（家庭を含む）に制限が生じ悩まされている					
MGのため話す際に支障が生じる					
MGのため外出、用足しをひとりですることが難しい（車の運転、買い物など）					
MGのため気持ちが落ち込む					
MGのため歩行に支障が生じる					
MGのため周囲と同じ早さで行動できない（公共の場所などで）					
MGでつらくて精神的に押し潰されそうになる					
MGのため身支度に支障が生じる					
					合計ポイント

		日	付	/	/	/	/	/
 ① 腕を肩の高さに水平に上げた状態を保てる秒数 (最大240秒まで)	右腕	秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒
	左腕	秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒
 ② 仰向けに横になった状態で首を床から持ち上げ続けられる秒数 (最大120秒まで)		秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒
 ③ 仰向けに横になった状態で足を床から持ち上げ続けられる秒数 (最大100秒まで)	右足	秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒
	左足	秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒

体調・マイゴール管理

日	付	/	/	/	/	/
体	調	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   
マイゴールが達成できている		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない
MG症状がコントロールできている		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない
治療による負担が大きい		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない

メモ (次回診察時に伝えたいことを記入しましょう。)

MG-ADLスケール

※0-3点からスコアリングしましょう

0点

1点

2点

3点

					日付	/	/	/	/	/
					記録した時間					
会 話	正常	間欠的に不明瞭/ もしくは鼻声	常に不明瞭/もしくは鼻声、 しかし聞いて理解可能	聞いて理解するのが 困難						
咀 嚼	正常	固形物で疲労	柔らかい食物で疲労	経管栄養						
嚥 下	正常	まれにむせる	頻回にむせるため、 食事の変更が必要	経管栄養						
呼 吸	正常	体動時の息切れ	安静時の息切れ	人工呼吸を要する						
歯磨き・ 箸使用の障害	なし	努力を要するが 休息を要しない	休息を要する	できない						
椅子からの 立ち上がり障害	なし	軽度、時々 腕を使う	中等度、常に腕を使う	高度、介助を要する						
複 視	なし	あるが毎日ではない	毎日起こるが 持続的でない	常にある						
眼瞼下垂	なし	あるが毎日ではない	毎日起こるが 持続的でない	常にある						
					合計ポイント					

MG-QOL15r-Jスコア




※0-2点からスコアリングしましょう

0 全くそうは思わない

1 少しそう思う

2 強くそう思う

MGの病状に不満である					
MGのため物を見る際に支障が生じる（二重に見える、まぶたが下がる、など）					
MGのため食べる際に支障が生じる					
MGのため社会活動に制限が生じている					
MGのため趣味や娯楽を以前ほど楽しめない					
MGのため家族の要求に十分に答えられない					
MGのため行動に工夫が必要					
MGのため仕事や役割（家庭を含む）に制限が生じ悩まされている					
MGのため話す際に支障が生じる					
MGのため外出、用足しをひとりですることが難しい（車の運転、買い物など）					
MGのため気持ちが落ち込む					
MGのため歩行に支障が生じる					
MGのため周囲と同じ早さで行動できない（公共の場所などで）					
MGでつらくて精神的に押し潰されそうになる					
MGのため身支度に支障が生じる					
					合計ポイント

		日	付	/	/	/	/	/
 ① 腕を肩の高さに水平に上げた状態を保てる秒数 (最大240秒まで)	右腕	秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒
	左腕	秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒
 ② 仰向けに横になった状態で首を床から持ち上げ続けられる秒数 (最大120秒まで)		秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒
 ③ 仰向けに横になった状態で足を床から持ち上げ続けられる秒数 (最大100秒まで)	右足	秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒
	左足	秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒

体調・マイゴール管理

日	付	/	/	/	/	/
体	調	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   
マイゴールが達成できている		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない
MG症状がコントロールできている		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない
治療による負担が大きい		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない

メモ (次回診察時に伝えたいことを記入しましょう。)

MG-ADLスケール

※0-3点からスコアリングしましょう

0点

1点

2点

3点

					日付	/	/	/	/	/
					記録した時間					
会 話	正常	間欠的に不明瞭/ もしくは鼻声	常に不明瞭/もしくは鼻声、 しかし聞いて理解可能	聞いて理解するのが 困難						
咀 嚼	正常	固形物で疲労	柔らかい食物で疲労	経管栄養						
嚥 下	正常	まれにむせる	頻回にむせるため、 食事の変更が必要	経管栄養						
呼 吸	正常	体動時の息切れ	安静時の息切れ	人工呼吸を要する						
歯磨き・ 嚥使用の障害	なし	努力を要するが 休息を要しない	休息を要する	できない						
椅子からの 立ち上がり障害	なし	軽度、時々 腕を使う	中等度、常に腕を使う	高度、介助を要する						
複 視	なし	あるが毎日ではない	毎日起こるが 持続的でない	常にある						
眼瞼下垂	なし	あるが毎日ではない	毎日起こるが 持続的でない	常にある						
					合計ポイント					

MG-QOL15r-Jスコア




※0-2点からスコアリングしましょう

0 全くそうは思わない

1 少しそう思う

2 強くそう思う

MGの病状に不満である					
MGのため物を見る際に支障が生じる（二重に見える、まぶたが下がる、など）					
MGのため食べる際に支障が生じる					
MGのため社会活動に制限が生じている					
MGのため趣味や娯楽を以前ほど楽しめない					
MGのため家族の要求に十分に答えられない					
MGのため行動に工夫が必要					
MGのため仕事や役割（家庭を含む）に制限が生じ悩まされている					
MGのため話す際に支障が生じる					
MGのため外出、用足しをひとりですることが難しい（車の運転、買い物など）					
MGのため気持ちが落ち込む					
MGのため歩行に支障が生じる					
MGのため周囲と同じ早さで行動できない（公共の場所などで）					
MGでつらくて精神的に押し潰されそうになる					
MGのため身支度に支障が生じる					
					合計ポイント

		日	付	/	/	/	/	/
 ① 腕を肩の高さに水平に上げた状態を保てる秒数 (最大240秒まで)	右腕	秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒
	左腕	秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒
 ② 仰向けに横になった状態で首を床から持ち上げ続けられる秒数 (最大120秒まで)		秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒
 ③ 仰向けに横になった状態で足を床から持ち上げ続けられる秒数 (最大100秒まで)	右足	秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒
	左足	秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒

体調・マイゴール管理

日	付	/	/	/	/	/
体	調	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   
マイゴールが達成できている		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない
MG症状がコントロールできている		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない
治療による負担が大きい		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない

メモ (次回診察時に伝えたいことを記入しましょう。)

MG-ADLスケール

※0-3点からスコアリングしましょう

0点

1点

2点

3点

					日付	/	/	/	/	/
					記録した時間					
会 話	正常	間欠的に不明瞭/ もしくは鼻声	常に不明瞭/もしくは鼻声、 しかし聞いて理解可能	聞いて理解するのが 困難						
咀 嚼	正常	固形物で疲労	柔らかい食物で疲労	経管栄養						
嚥 下	正常	まれにむせる	頻回にむせるため、 食事の変更が必要	経管栄養						
呼 吸	正常	体動時の息切れ	安静時の息切れ	人工呼吸を要する						
歯磨き・ 歯使用の障害	なし	努力を要するが 休息を要しない	休息を要する	できない						
椅子からの 立ち上がり障害	なし	軽度、時々 腕を使う	中等度、常に腕を使う	高度、介助を要する						
複 視	なし	あるが毎日ではない	毎日起こるが 持続的でない	常にある						
眼瞼下垂	なし	あるが毎日ではない	毎日起こるが 持続的でない	常にある						
					合計ポイント					

MG-QOL15r-Jスコア




※0-2点からスコアリングしましょう

0 全くそうは思わない

1 少しそう思う

2 強くそう思う

MGの病状に不満である					
MGのため物を見る際に支障が生じる（二重に見える、まぶたが下がる、など）					
MGのため食べる際に支障が生じる					
MGのため社会活動に制限が生じている					
MGのため趣味や娯楽を以前ほど楽しめない					
MGのため家族の要求に十分に答えられない					
MGのため行動に工夫が必要					
MGのため仕事や役割（家庭を含む）に制限が生じ悩まされている					
MGのため話す際に支障が生じる					
MGのため外出、用足しをひとりですることが難しい（車の運転、買い物など）					
MGのため気持ちが落ち込む					
MGのため歩行に支障が生じる					
MGのため周囲と同じ早さで行動できない（公共の場所などで）					
MGでつらくて精神的に押し潰されそうになる					
MGのため身支度に支障が生じる					
					合計ポイント

		日	付	/	/	/	/	/
	① 腕を肩の高さに水平に上げた状態を保てる秒数 (最大240秒まで)	右腕		秒	秒	秒	秒	秒
		左腕		秒	秒	秒	秒	秒
	② 仰向けに横になった状態で首を床から持ち上げ続けられる秒数 (最大120秒まで)	秒	秒	秒	秒	秒	秒	
	③ 仰向けに横になった状態で足を床から持ち上げ続けられる秒数 (最大100秒まで)	右足		秒	秒	秒	秒	秒
		左足		秒	秒	秒	秒	秒

体調・マイゴール管理

日	付	/	/	/	/	/
体	調	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   
マイゴールが	達成できている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない
MG症状が	コントロールできている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない
治療による	負担が大きい	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない

メモ (次回診察時に伝えたいことを記入しましょう。)

MG-ADLスケール

※0-3点からスコアリングしましょう

0点

1点

2点

3点

					日付	/	/	/	/	/
					記録した時間					
会 話	正常	間欠的に不明瞭/ もしくは鼻声	常に不明瞭/もしくは鼻声、 しかし聞いて理解可能	聞いて理解するのが 困難						
咀 嚼	正常	固形物で疲労	柔らかい食物で疲労	経管栄養						
嚥 下	正常	まれにむせる	頻回にむせるため、 食事の変更が必要	経管栄養						
呼 吸	正常	体動時の息切れ	安静時の息切れ	人工呼吸を要する						
歯磨き・ 歯使用の障害	なし	努力を要するが 休息を要しない	休息を要する	できない						
椅子からの 立ち上がり障害	なし	軽度、時々 腕を使う	中等度、常に腕を使う	高度、介助を要する						
複 視	なし	あるが毎日ではない	毎日起こるが 持続的でない	常にある						
眼瞼下垂	なし	あるが毎日ではない	毎日起こるが 持続的でない	常にある						
					合計ポイント					

MG-QOL15r-Jスコア



※0-2点からスコアリングしましょう

0 全くそうは思わない

1 少しそう思う

2 強くそう思う

MGの病状に不満である					
MGのため物を見る際に支障が生じる（二重に見える、まぶたが下がる、など）					
MGのため食べる際に支障が生じる					
MGのため社会活動に制限が生じている					
MGのため趣味や娯楽を以前ほど楽しめない					
MGのため家族の要求に十分に答えられない					
MGのため行動に工夫が必要					
MGのため仕事や役割（家庭を含む）に制限が生じ悩まされている					
MGのため話す際に支障が生じる					
MGのため外出、用足しをひとりですることが難しい（車の運転、買い物など）					
MGのため気持ちが落ち込む					
MGのため歩行に支障が生じる					
MGのため周囲と同じ早さで行動できない（公共の場所などで）					
MGでつらくて精神的に押し潰されそうになる					
MGのため身支度に支障が生じる					
					合計ポイント

		日	付	/	/	/	/	/
 ① 腕を肩の高さに水平に上げた状態を保てる秒数 (最大240秒まで)	右腕	秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒
	左腕	秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒
 ② 仰向けに横になった状態で首を床から持ち上げ続けられる秒数 (最大120秒まで)		秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒
 ③ 仰向けに横になった状態で足を床から持ち上げ続けられる秒数 (最大100秒まで)	右足	秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒
	左足	秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒

体調・マイゴール管理

日付	/	/	/	/	/
体調	良い ぶつう 悪い   	良い ぶつう 悪い   	良い ぶつう 悪い   	良い ぶつう 悪い   	良い ぶつう 悪い   
マイゴールが達成できている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない
MG症状がコントロールできている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない
治療による負担が大きい	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない

メモ (次回診察時に伝えたいことを記入しましょう。)

MG-ADLスケール

※0-3点からスコアリングしましょう

0点

1点

2点

3点

		日付			/	/	/	/	/
		記録した時間							
会 話	正常	間欠的に不明瞭/ もしくは鼻声	常に不明瞭/もしくは鼻声、 しかし聞いて理解可能	聞いて理解するのが 困難					
咀 嚼	正常	固形物で疲労	柔らかい食物で疲労	経管栄養					
嚥 下	正常	まれにむせる	頻回にむせるため、 食事の変更が必要	経管栄養					
呼 吸	正常	体動時の息切れ	安静時の息切れ	人工呼吸を要する					
歯磨き・ 箸使用の障害	なし	努力を要するが 休息を要しない	休息を要する	できない					
椅子からの 立ち上がり障害	なし	軽度、時々 腕を使う	中等度、常に腕を使う	高度、介助を要する					
複 視	なし	あるが毎日ではない	毎日起こるが 持続的でない	常にある					
眼瞼下垂	なし	あるが毎日ではない	毎日起こるが 持続的でない	常にある					
				合計ポイント					

MG-QOL15r-Jスコア




※0-2点からスコアリングしましょう

0 全くそうは思わない

1 少しそう思う

2 強くそう思う

MGの病状に不満である					
MGのため物を見る際に支障が生じる（二重に見える、まぶたが下がる、など）					
MGのため食べる際に支障が生じる					
MGのため社会活動に制限が生じている					
MGのため趣味や娯楽を以前ほど楽しめない					
MGのため家族の要求に十分に答えられない					
MGのため行動に工夫が必要					
MGのため仕事や役割（家庭を含む）に制限が生じ悩まされている					
MGのため話す際に支障が生じる					
MGのため外出、用足しをひとりですることが難しい（車の運転、買い物など）					
MGのため気持ちが落ち込む					
MGのため歩行に支障が生じる					
MGのため周囲と同じ早さで行動できない（公共の場所などで）					
MGでつらくて精神的に押し潰されそうになる					
MGのため身支度に支障が生じる					
				合計ポイント	

		日	付	/	/	/	/	/
 ① 腕を肩の高さに水平に上げた状態を保てる秒数 (最大240秒まで)	右腕	秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒
	左腕	秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒
 ② 仰向けに横になった状態で首を床から持ち上げ続けられる秒数 (最大120秒まで)		秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒
 ③ 仰向けに横になった状態で足を床から持ち上げ続けられる秒数 (最大100秒まで)	右足	秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒
	左足	秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒

体調・マイゴール管理

日	付	/	/	/	/	/
体	調	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   
マイゴールが達成できている		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない
MG症状がコントロールできている		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない
治療による負担が大きい		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない

メモ (次回診察時に伝えたいことを記入しましょう。)

MG-ADLスケール

※0-3点からスコアリングしましょう

0点

1点

2点

3点

					日付	/	/	/	/	/
					記録した時間					
会 話	正常	間欠的に不明瞭/ もしくは鼻声	常に不明瞭/もしくは鼻声、 しかし聞いて理解可能	聞いて理解するのが 困難						
咀 嚼	正常	固形物で疲労	柔らかい食物で疲労	経管栄養						
嚥 下	正常	まれにむせる	頻回にむせるため、 食事の変更が必要	経管栄養						
呼 吸	正常	体動時の息切れ	安静時の息切れ	人工呼吸を要する						
歯磨き・ 嚥使用の障害	なし	努力を要するが 休息を要しない	休息を要する	できない						
椅子からの 立ち上がり障害	なし	軽度、時々 腕を使う	中等度、常に腕を使う	高度、介助を要する						
複 視	なし	あるが毎日ではない	毎日起こるが 持続的でない	常にある						
眼瞼下垂	なし	あるが毎日ではない	毎日起こるが 持続的でない	常にある						
合計ポイント										

MG-QOL15r-Jスコア




※0-2点からスコアリングしましょう

0 全くそうは思わない

1 少しそう思う

2 強くそう思う

MGの病状に不満である					
MGのため物を見る際に支障が生じる（二重に見える、まぶたが下がる、など）					
MGのため食べる際に支障が生じる					
MGのため社会活動に制限が生じている					
MGのため趣味や娯楽を以前ほど楽しめない					
MGのため家族の要求に十分に答えられない					
MGのため行動に工夫が必要					
MGのため仕事や役割（家庭を含む）に制限が生じ悩まされている					
MGのため話す際に支障が生じる					
MGのため外出、用足しをひとりですることが難しい（車の運転、買い物など）					
MGのため気持ちが落ち込む					
MGのため歩行に支障が生じる					
MGのため周囲と同じ早さで行動できない（公共の場所などで）					
MGでつらくて精神的に押し潰されそうになる					
MGのため身支度に支障が生じる					
合計ポイント					

		日	付	/	/	/	/	/
 ① 腕を肩の高さに水平に上げた状態を保てる秒数 (最大240秒まで)	右腕	秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒
	左腕	秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒
 ② 仰向けに横になった状態で首を床から持ち上げ続けられる秒数 (最大120秒まで)		秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒
 ③ 仰向けに横になった状態で足を床から持ち上げ続けられる秒数 (最大100秒まで)	右足	秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒
	左足	秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒

体調・マイゴール管理

日	付	/	/	/	/	/
体	調	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   
マイゴールが達成できている		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない
MG症状がコントロールできている		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない
治療による負担が大きい		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない

メモ (次回診察時に伝えたいことを記入しましょう。)

MG-ADLスケール

※0-3点からスコアリングしましょう

0点

1点

2点

3点

					日付	/	/	/	/	/
					記録した時間					
会 話	正常	間欠的に不明瞭/ もしくは鼻声	常に不明瞭/もしくは鼻声、 しかし聞いて理解可能	聞いて理解するのが 困難						
咀 嚼	正常	固形物で疲労	柔らかい食物で疲労	経管栄養						
嚥 下	正常	まれにむせる	頻回にむせるため、 食事の変更が必要	経管栄養						
呼 吸	正常	体動時の息切れ	安静時の息切れ	人工呼吸を要する						
歯磨き・ 歯使用の障害	なし	努力を要するが 休息を要しない	休息を要する	できない						
椅子からの 立ち上がり障害	なし	軽度、時々 腕を使う	中等度、常に腕を使う	高度、介助を要する						
複 視	なし	あるが毎日ではない	毎日起こるが 持続的でない	常にある						
眼瞼下垂	なし	あるが毎日ではない	毎日起こるが 持続的でない	常にある						
					合計ポイント					

MG-QOL15r-Jスコア




※0-2点からスコアリングしましょう

0 全くそうは思わない

1 少しそう思う

2 強くそう思う

MGの病状に不満である					
MGのため物を見る際に支障が生じる（二重に見える、まぶたが下がる、など）					
MGのため食べる際に支障が生じる					
MGのため社会活動に制限が生じている					
MGのため趣味や娯楽を以前ほど楽しめない					
MGのため家族の要求に十分に答えられない					
MGのため行動に工夫が必要					
MGのため仕事や役割（家庭を含む）に制限が生じ悩まされている					
MGのため話す際に支障が生じる					
MGのため外出、用足しをひとりですることが難しい（車の運転、買い物など）					
MGのため気持ちが落ち込む					
MGのため歩行に支障が生じる					
MGのため周囲と同じ早さで行動できない（公共の場所などで）					
MGでつらくて精神的に押し潰されそうになる					
MGのため身支度に支障が生じる					
					合計ポイント

		日	付	/	/	/	/	/
 ① 腕を肩の高さに水平に上げた状態を保てる秒数 (最大240秒まで)	右腕	秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒
	左腕	秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒
 ② 仰向けに横になった状態で首を床から持ち上げ続けられる秒数 (最大120秒まで)		秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒
 ③ 仰向けに横になった状態で足を床から持ち上げ続けられる秒数 (最大100秒まで)	右足	秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒
	左足	秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒

体調・マイゴール管理

日	付	/	/	/	/	/
体	調	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   
マイゴールが達成できている		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない
MG症状がコントロールできている		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない
治療による負担が大きい		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない

メモ (次回診察時に伝えたいことを記入しましょう。)

MG-ADLスケール

※0-3点からスコアリングしましょう

0点

1点

2点

3点

					日付	/	/	/	/	/
					記録した時間					
会話	正常	間欠的に不明瞭/ もしくは鼻声	常に不明瞭/もしくは鼻声、 しかし聞いて理解可能	聞いて理解するのが 困難						
咀嚼	正常	固形物で疲労	柔らかい食物で疲労	経管栄養						
嚥下	正常	まれにむせる	頻回にむせるため、 食事の変更が必要	経管栄養						
呼吸	正常	体動時の息切れ	安静時の息切れ	人工呼吸を要する						
歯磨き・ 歯使用の障害	なし	努力を要するが 休息を要しない	休息を要する	できない						
椅子からの 立ち上がり障害	なし	軽度、時々 腕を使う	中等度、常に腕を使う	高度、介助を要する						
複視	なし	あるが毎日ではない	毎日起こるが 持続的でない	常にある						
眼瞼下垂	なし	あるが毎日ではない	毎日起こるが 持続的でない	常にある						
					合計ポイント					

MG-QOL15r-Jスコア




※0-2点からスコアリングしましょう

0 全くそうは思わない

1 少しそう思う

2 強くそう思う

MGの病状に不満である					
MGのため物を見る際に支障が生じる（二重に見える、まぶたが下がる、など）					
MGのため食べる際に支障が生じる					
MGのため社会活動に制限が生じている					
MGのため趣味や娯楽を以前ほど楽しめない					
MGのため家族の要求に十分に答えられない					
MGのため行動に工夫が必要					
MGのため仕事や役割（家庭を含む）に制限が生じ悩まされている					
MGのため話す際に支障が生じる					
MGのため外出、用足しをひとりですることが難しい（車の運転、買い物など）					
MGのため気持ちが落ち込む					
MGのため歩行に支障が生じる					
MGのため周囲と同じ早さで行動できない（公共の場所などで）					
MGでつらくて精神的に押し潰されそうになる					
MGのため身支度に支障が生じる					
					合計ポイント

		日	付	/	/	/	/	/
	① 腕を肩の高さに水平に上げた状態を保てる秒数 (最大240秒まで)	右腕		秒	秒	秒	秒	秒
		左腕		秒	秒	秒	秒	秒
	② 仰向けに横になった状態で首を床から持ち上げ続けられる秒数 (最大120秒まで)	秒	秒	秒	秒	秒	秒	
	③ 仰向けに横になった状態で足を床から持ち上げ続けられる秒数 (最大100秒まで)	右足		秒	秒	秒	秒	秒
		左足		秒	秒	秒	秒	秒

体調・マイゴール管理

日	付	/	/	/	/	/
体	調	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   
マイゴールが	達成できている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない
MG症状が	コントロールできている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない
治療による	負担が大きい	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない

メモ (次回診察時に伝えたいことを記入しましょう。)

MG-ADLスケール

※0-3点からスコアリングしましょう

0点

1点

2点

3点

		日付			/	/	/	/	/
		記録した時間							
会 話	正常	間欠的に不明瞭/ もしくは鼻声	常に不明瞭/もしくは鼻声、 しかし聞いて理解可能	聞いて理解するのが 困難					
咀 嚼	正常	固形物で疲労	柔らかい食物で疲労	経管栄養					
嚥 下	正常	まれにむせる	頻回にむせるため、 食事の変更が必要	経管栄養					
呼 吸	正常	体動時の息切れ	安静時の息切れ	人工呼吸を要する					
歯磨き・ 歯使用の障害	なし	努力を要するが 休息を要しない	休息を要する	できない					
椅子からの 立ち上がり障害	なし	軽度、時々 腕を使う	中等度、常に腕を使う	高度、介助を要する					
複 視	なし	あるが毎日ではない	毎日起こるが 持続的でない	常にある					
眼瞼下垂	なし	あるが毎日ではない	毎日起こるが 持続的でない	常にある					
				合計ポイント					

MG-QOL15r-Jスコア




※0-2点からスコアリングしましょう

0 全くそうは思わない

1 少しそう思う

2 強くそう思う

MGの病状に不満である					
MGのため物を見る際に支障が生じる（二重に見える、まぶたが下がる、など）					
MGのため食べる際に支障が生じる					
MGのため社会活動に制限が生じている					
MGのため趣味や娯楽を以前ほど楽しめない					
MGのため家族の要求に十分に答えられない					
MGのため行動に工夫が必要					
MGのため仕事や役割（家庭を含む）に制限が生じ悩まされている					
MGのため話す際に支障が生じる					
MGのため外出、用足しをひとりですることが難しい（車の運転、買い物など）					
MGのため気持ちが落ち込む					
MGのため歩行に支障が生じる					
MGのため周囲と同じ早さで行動できない（公共の場所などで）					
MGでつらくて精神的に押し潰されそうになる					
MGのため身支度に支障が生じる					
				合計ポイント	

		日	付	/	/	/	/	/
 ① 腕を肩の高さに水平に上げた状態を保てる秒数 (最大240秒まで)	右腕	秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒
	左腕	秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒
 ② 仰向けに横になった状態で首を床から持ち上げ続けられる秒数 (最大120秒まで)		秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒
 ③ 仰向けに横になった状態で足を床から持ち上げ続けられる秒数 (最大100秒まで)	右足	秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒
	左足	秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒

体調・マイゴール管理

日	付	/	/	/	/	/
体	調	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   	良い ふう 悪い   
マイゴールが達成できている		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない
MG症状がコントロールできている		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない
治療による負担が大きい		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもない

メモ (次回診察時に伝えたいことを記入しましょう。)

MEMO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



webサイトのご紹介

MG United

アルジェニクスジャパン

MGユナイテッドでは、重症筋無力症と暮らす日々を、
より良いものとするための様々な情報をご提供します。

下記の2次元コード,URL,
または「MGユナイテッド」を検索してください

<https://mg-united.jp/>

