

病名	64 乳児神経軸索ジストロフィー										受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号				受診日	年 月 日								
ふりがな 氏名 (Alphabet)					(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)								
生年月日		年 月 日			意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重		g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村				
現在の 身長・体重		身長 (測定日)	cm ( SD)			体重 (測定日)	kg ( SD)			BMI			
			年 月 日				年 月 日			肥満度	%		
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日							
就学・就労状況		就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校／専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )											
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)					療育手帳		なし ・ あり		
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)								
現状評価		治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性		なし ・ あり			
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明			小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
症 状	精神・神経	精神発達遅滞：[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ] 精神運動機能の退行：[ なし ・ あり ]											
		てんかん：[ なし ・ あり ] 発作型：( ) 頻度：[ 日単位 ・ 週単位 ・ 月単位 ・ 年単位 ]											
		不随意運動：[ なし ・ あり ・ 不明 ] ジストニア：[ なし ・ あり ・ 不明 ]      ジストニア・パーキンソニズム：[ なし ・ あり ・ 不明 ]											
		麻痺：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 部位：( ) 詳細：( )											
		運動失調：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細：( )											
	筋・骨格	筋緊張低下：体幹：[ なし ・ あり ・ 不明 ]      四肢：[ なし ・ あり ・ 不明 ]											
		筋緊張亢進：体幹：[ なし ・ あり ・ 不明 ]      四肢：[ なし ・ あり ・ 不明 ]											
		筋固縮：[ なし ・ あり ・ 不明 ]      筋痙直：[ なし ・ あり ・ 不明 ]											
	その他	症状 (その他)：( )											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症 状	精神・神経	精神発達遅滞：[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ] 精神運動機能の退行：[ なし ・ あり ]											
		てんかん：[ なし ・ あり ] 発作型：( ) 頻度：[ 日単位 ・ 週単位 ・ 月単位 ・ 年単位 ]											
		不随意運動：[ なし ・ あり ・ 不明 ] ジストニア：[ なし ・ あり ・ 不明 ]      ジストニア・パーキンソニズム：[ なし ・ あり ・ 不明 ]											
		麻痺：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 部位：( ) 詳細：( )											
		運動失調：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細：( )											
	筋・骨格	筋緊張低下：体幹：[ なし ・ あり ・ 不明 ]      四肢：[ なし ・ あり ・ 不明 ]											
		筋緊張亢進：体幹：[ なし ・ あり ・ 不明 ]      四肢：[ なし ・ あり ・ 不明 ]											
		筋固縮：[ なし ・ あり ・ 不明 ]      筋痙直：[ なし ・ あり ・ 不明 ]											
	その他	症状 (その他)：( )											

受給者番号( ) 患者氏名( )

[illegible]