

病名	40 肢帯型筋ジストロフィー										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 ] 移動障害：[ なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明 ] 不随意運動：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 麻痺：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 嚥下障害：[ なし ・ あり ] 運動失調：[ なし ・ あり ・ 不明 ]												
		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 ]												
	筋・骨格	筋緊張低下：体幹：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 四肢：[ なし ・ あり ・ 不明 ]												
		筋力低下：近位：[ なし ・ あり ] 遠位：[ なし ・ あり ] 体幹：[ なし ・ あり ]												
		筋緊張亢進：体幹：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 四肢：[ なし ・ あり ・ 不明 ]												
		側彎：[ なし ・ あり ] Cobb角：( )度 関節拘縮：[ なし ・ あり ] 部位：( ) 関節過伸展：[ なし ・ あり ] 部位：( )												
	呼吸器・循環器	呼吸障害：[ なし ・ あり ] 詳細：( )												
		心筋障害：[ なし ・ あり ]												
	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 ] 移動障害：[ なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明 ] 不随意運動：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 麻痺：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 嚥下障害：[ なし ・ あり ] 運動失調：[ なし ・ あり ・ 不明 ]											
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 ]														
筋・骨格		筋緊張低下：体幹：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 四肢：[ なし ・ あり ・ 不明 ]												
		筋力低下：近位：[ なし ・ あり ] 遠位：[ なし ・ あり ] 体幹：[ なし ・ あり ]												
		筋緊張亢進：体幹：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 四肢：[ なし ・ あり ・ 不明 ]												
		側彎：[ なし ・ あり ] Cobb角：( )度 関節拘縮：[ なし ・ あり ] 部位：( ) 関節過伸展：[ なし ・ あり ] 部位：( )												
呼吸器・循環器		呼吸障害：[ なし ・ あり ] 詳細：( )												
		心筋障害：[ なし ・ あり ]												
その他		症状 (その他)：( )												

受給者番号（		患者氏名（																											
告示番号	12	神経・筋疾患（				年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉			2/2																			
検査所見（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																													
血液検査	CK：これまでの最高値：（										）U/L																		
生理機能検査	脳波検査：[ 未実施 ・ 実施 ]										実施日：（	年	月	日	）														
	所見：（										）																		
筋電図検査	筋電図検査：[ 未実施 ・ 実施 ]										実施日：（	年	月	日	）														
	所見：（										）																		
病理検査	筋生検：[ 未実施 ・ 実施 ]										実施日：（	年	月	日	）														
画像検査	CTまたはMRI検査（頭部）：[ 未実施 ・ 実施 ]										実施日：（	年	月	日	）														
	所見：（										）																		
CTまたはMRI検査（骨格筋）	CTまたはMRI検査（骨格筋）：[ 未実施 ・ 実施 ]										実施日：（	年	月	日	）														
	所見：（										）																		
発達・知能指数検査	発達・知能指数検査：[ 未実施 ・ 実施 ]										実施日：（	年	月	日	）														
	検査名：[ 田中・ビネー式 ・ WPPSI ・ WISC ・ WAIS-R ・ 新版K式 ・ K-ABC ・ 遠城寺式 ・ KIDS ・ その他 ]										実施時年齢：（	歳	か月	）															
検査名（その他）	検査名（その他）：（										）																		
	DQまたはIQ値：（										）																		
遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]										実施日：（	年	月	日	）														
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（										）																		
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載																													
血液検査	CK：最近1年間の最高値：（										）U/L																		
生理機能検査	脳波検査：[ 未実施 ・ 実施 ]										実施日：（	年	月	日	）														
	所見：（										）																		
筋電図検査	筋電図検査：[ 未実施 ・ 実施 ]										実施日：（	年	月	日	）														
	所見：（										）																		
病理検査	筋生検：[ 未実施 ・ 実施 ]										実施日：（	年	月	日	）														
画像検査	CTまたはMRI検査（頭部）：[ 未実施 ・ 実施 ]										実施日：（	年	月	日	）														
	所見：（										）																		
CTまたはMRI検査（骨格筋）	CTまたはMRI検査（骨格筋）：[ 未実施 ・ 実施 ]										実施日：（	年	月	日	）														
	所見：（										）																		
発達・知能指数検査	発達・知能指数検査：[ 未実施 ・ 実施 ]										実施日：（	年	月	日	）														
	検査名：[ 田中・ビネー式 ・ WPPSI ・ WISC ・ WAIS-R ・ 新版K式 ・ K-ABC ・ 遠城寺式 ・ KIDS ・ その他 ]										実施時年齢：（	歳	か月	）															
検査名（その他）	検査名（その他）：（										）																		
	DQまたはIQ値：（										）																		
遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]										実施日：（	年	月	日	）														
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（										）																		
その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載																													
合併症	合併症：[ なし ・ あり ]										）																		
詳細：（											）																		
経過（申請時） ※直近の状況を記載																													
薬物療法	強心薬：[ なし ・ あり ]										利尿薬：[ なし ・ あり ]	）																	
薬物療法（その他）																													
栄養管理	経管栄養（腸瘻・胃瘻含む）：[ なし ・ あり ]										中心静脈栄養：[ なし ・ あり ]																		
呼吸管理	酸素療法：[ なし ・ あり ]										非侵襲的陽圧換気療法：[ なし ・ あり ]	気管切開管理：[ なし ・ あり ]																	
気管挿管	気管挿管：[ なし ・ あり ]										人工呼吸管理：[ なし ・ あり ]																		
手術	側彎手術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]										実施日：（	年	月	日	）														
術式	術式：（										）																		
	所見：（										）																		
治療	治療（その他）：（										）																		
今後の治療方針	今後の治療方針：（										）																		
	治療見込み期間（入院）	開始日：（	年	月	日	）	終了日：（	年	月	日	）	治療見込み期間（外来）	開始日：（	年	月	日	）	終了日：（	年	月	日	）	通院頻度：（	）回／月					
医療機関・医師署名																													
上記の通り診断します。																													
医療機関名										記載年月日										年					月	日			
医療機関住所										診療科										医師名					(印)				
										小児慢性特定疾病 指定医番号（										）									