

告示番号		7		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〉		1/2	
病名		70 エカルディ・グティエール (Aicardi-Goutieres) 症候群						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													
身体所見		小頭症 (−2.0SD以下): [なし ・ あり] 大頭症 (+2.0SD以上): [なし ・ あり] 頭囲: ()cm 頭囲SD: ()											
症状	全身	不明熱: [なし ・ あり]											
	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] 麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] 運動失調: [なし ・ あり ・ 不明]											
		発達障害: [なし ・ あり ・ 不明] 自閉スペクトラム症: [なし ・ あり ・ 不明] 注意欠如多動症: [なし ・ あり ・ 不明] 限局性学習症: [なし ・ あり ・ 不明] 発達障害 (その他): ()											
		不随意運動: [なし ・ あり ・ 不明] ジストニア: [なし ・ あり ・ 不明] 不随意運動 (その他): ()											
	筋・骨格	筋緊張低下: 体幹: [なし ・ あり ・ 不明] 四肢: [なし ・ あり ・ 不明] 筋萎縮: [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]											
	消化器	肝機能障害: [なし ・ あり] 肝腫大: [なし ・ あり] 脾腫大: [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	凍瘡様皮疹: [なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他): ()											
	眼	緑内障: [なし ・ あり] 眼症状 (その他): ()											
その他	症状 (その他): ()												
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
身体所見		小頭症 (−2.0SD以下): [なし ・ あり] 大頭症 (+2.0SD以上): [なし ・ あり] 頭囲: ()cm 頭囲SD: ()											
症状	全身	不明熱: [なし ・ あり]											
	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] 麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] 運動失調: [なし ・ あり ・ 不明]											
		発達障害: [なし ・ あり ・ 不明] 自閉スペクトラム症: [なし ・ あり ・ 不明] 注意欠如多動症: [なし ・ あり ・ 不明] 限局性学習症: [なし ・ あり ・ 不明] 発達障害 (その他): ()											
		不随意運動: [なし ・ あり ・ 不明] ジストニア: [なし ・ あり ・ 不明] 不随意運動 (その他): ()											
	筋・骨格	筋緊張低下: 体幹: [なし ・ あり ・ 不明] 四肢: [なし ・ あり ・ 不明] 筋萎縮: [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]											
	消化器	肝機能障害: [なし ・ あり] 肝腫大: [なし ・ あり] 脾腫大: [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	凍瘡様皮疹: [なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他): ()											
	眼	緑内障: [なし ・ あり] 眼症状 (その他): ()											
その他	症状 (その他): ()												

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	7	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	血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL				
髄液検査	細胞数：（ ）/μL		IFN-α値の上昇：[なし ・ あり]		ネオブテリン値の上昇：[なし ・ あり]
感染症免疫学的検査	ウイルス検査：[未実施 ・ 実施]		実施日：（ 年 月 日 ）		所見：（ ）
画像検査	CT検査（頭部）：[未実施 ・ 実施]		実施日：（ 年 月 日 ）		部位：（ ）
	脳内石灰化：[なし ・ あり]		大脳萎縮：[なし ・ あり]		所見（その他）：（ ）
画像検査	MRI検査（頭部）：[未実施 ・ 実施]		実施日：（ 年 月 日 ）		部位：（ ）
	白質ジストロフィー：[なし ・ あり]				所見（その他）：（ ）
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 ）		実施時年齢：（ 歳 か月 ）
	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]		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 ）		所見：（ ）
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	血小板数：（ ）×10 ⁴ /μL				
髄液検査	細胞数：（ ）/μL		IFN-α値の上昇：[なし ・ あり]		ネオブテリン値の上昇：[なし ・ あり]
感染症免疫学的検査	ウイルス検査：[未実施 ・ 実施]		実施日：（ 年 月 日 ）		所見：（ ）
画像検査	CT検査（頭部）：[未実施 ・ 実施]		実施日：（ 年 月 日 ）		部位：（ ）
	脳内石灰化：[なし ・ あり]		大脳萎縮：[なし ・ あり]		所見（その他）：（ ）
画像検査	MRI検査（頭部）：[未実施 ・ 実施]		実施日：（ 年 月 日 ）		部位：（ ）
	白質ジストロフィー：[なし ・ あり]				所見（その他）：（ ）
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 ）		実施時年齢：（ 歳 か月 ）
	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]		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 ）		所見：（ ）
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	自己免疫疾患：[なし ・ あり]				
	合併症（その他）：（ ）				
経過（申請時） ※直近の状況を記載					
栄養管理	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：[なし ・ あり]		人工呼吸管理：[なし ・ あり]		
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		()	