

告示番号		76		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		65 瀬川病						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													
発症時期		発症時期：[ 小児期 ・ 思春期以降 ]											
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 ] 鬱病：[ なし ・ あり ]											
		不随意運動：[ なし ・ あり ・ 不明 ] ジストニア：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 部位：[ 全身性 ・ 局所性 ] 症状の日内変動：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 不随意運動 (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													
発症時期		発症時期：[ 小児期 ・ 思春期以降 ]											
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 ] 鬱病：[ なし ・ あり ]											
		不随意運動：[ なし ・ あり ・ 不明 ] ジストニア：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 部位：[ 全身性 ・ 局所性 ] 症状の日内変動：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 不随意運動 (その他)：( )											
	その他	症状 (その他)：( )											
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													
モノアミン代謝産物 (髄液)		モノアミン代謝産物 (髄液)：[ 未実施 ・ 実施 ] ホモバニリン酸 (HVA) の低下：[ なし ・ あり ] 5-ヒドロキシ酢酸 (SHIAA) の低下：[ なし ・ あり ]											
プテリジン分析 (髄液)		プテリジン分析 (髄液)：[ 未実施 ・ 実施 ] ネオプテリンの低下：[ なし ・ あり ] ビオプテリンの低下：[ なし ・ あり ]											
画像検査		MRI検査 (頭部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )											
遺伝学的検査		遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) GCH1遺伝子異常：[ なし ・ あり ] 遺伝子異常 (その他)：( )											
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													
モノアミン代謝産物 (髄液)		モノアミン代謝産物 (髄液)：[ 未実施 ・ 実施 ] ホモバニリン酸 (HVA) の低下：[ なし ・ あり ] 5-ヒドロキシ酢酸 (SHIAA) の低下：[ なし ・ あり ]											
プテリジン分析 (髄液)		プテリジン分析 (髄液)：[ 未実施 ・ 実施 ] ネオプテリンの低下：[ なし ・ あり ] ビオプテリンの低下：[ なし ・ あり ]											
画像検査		MRI検査 (頭部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )											
遺伝学的検査		遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) GCH1遺伝子異常：[ なし ・ あり ] 遺伝子異常 (その他)：( )											
検査所見 (その他)		検査所見 (その他)：( )											

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号		76		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	
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：( )											
家族歴		本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細：( )											
		常染色体優性遺伝：[ なし ・ あり ・ 不明 ]											
経過 (申請時) ※直近の状況を記載													
薬物療法		L-dopa：[ なし ・ あり ] 薬物療法 (その他)：( )											
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 (      )											