

告示番号		75		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		66 パントテン酸キナーゼ関連神経変性症								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]											
		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]											
		精神症状：[なし ・ あり]											
		詳細：()											
		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]											
	筋・骨格	すくみ足：[なし ・ あり ・ 不明]											
		麻痺：[なし ・ あり ・ 不明]											
部位：()													
詳細：()													
その他	運動失調：[なし ・ あり ・ 不明]												
	詳細：()												
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]											
		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]											
		精神症状：[なし ・ あり]											
		詳細：()											
		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]											
	筋・骨格	すくみ足：[なし ・ あり ・ 不明]											
		麻痺：[なし ・ あり ・ 不明]											
部位：()													
詳細：()													
その他	運動失調：[なし ・ あり ・ 不明]												
	詳細：()												

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	75	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					
生理機能検査	脳波検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）				
画像検査	MRI検査（頭部）：[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 ） 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：（ ）				
眼科学的検査	眼科学的検査：[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 ） PANK2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					
生理機能検査	脳波検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）				
画像検査	MRI検査（頭部）：[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 ） 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：（ ）				
眼科学的検査	眼科学的検査：[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 ） PANK2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）：（ ）				
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	ボツリヌス療法：[なし ・ あり] 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 薬物療法（その他）：（ ）				
手術	脳深部刺激療法：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：（ 年 月 日 ） 術式：（ ） 所見：（ ） 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]				
	髄腔内パクロフェン療法：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：（ 年 月 日 ） 術式：（ ） 所見：（ ） 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]				
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 （ ）			