

告示番号		2		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		23 アレキサンダー (Alexander) 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	
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	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] 意識障害: [なし ・ あり] 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]																			
		筋緊張亢進 : 体幹: [なし ・ あり ・ 不明] 四肢: [なし ・ あり ・ 不明]																			
		骨折: [なし ・ あり] 脱臼: [なし ・ あり]																			
	呼吸器・循環器	呼吸障害: [なし ・ あり] 詳細: ()																			
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	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] 意識障害: [なし ・ あり] 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]																			
		筋緊張亢進 : 体幹: [なし ・ あり ・ 不明] 四肢: [なし ・ あり ・ 不明]																			
		骨折: [なし ・ あり] 脱臼: [なし ・ あり]																			
	呼吸器・循環器	呼吸障害: [なし ・ あり] 詳細: ()																			
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																					
生理機能検査		脳波検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()																			
		神経伝導検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()																			

受給者番号() 患者氏名()

告示番号		2	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
生理機能検査		聴性脳幹反応 (ABR) 検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()					
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：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 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：()					
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) GFAP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：()					
		神経伝導検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()					
		聴性脳幹反応 (ABR) 検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()					
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：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 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：()					
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) GFAP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		抗てんかん薬：[なし ・ あり] 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：[なし ・ あり] 人工呼吸管理：[なし ・ あり]					
手術		てんかん外科手術：[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 ()					