

告示番号		20		神経・筋疾患		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/2	
病名		81 重症筋無力症								受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )	
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 (申請時) ※直近の状況を記載													
病型		病型 (重症筋無力症) : [ 純粋眼筋型 ・ 潜在性全身型 ・ 全身型 (球型を含む) ]											
症状	全身	症状の日内変動: [ なし ・ あり ] 易疲労性: [ なし ・ あり ] クリーゼの既往: [ なし ・ あり ]											
	精神・神経	嚥下障害: [ なし ・ あり ]											
	筋・骨格	筋力低下: 顔面: [ なし ・ あり ] 頸部: [ なし ・ あり ] 四肢: [ なし ・ あり ]											
		構音障害: [ なし ・ あり ] 咀嚼障害: [ なし ・ あり ]											
	呼吸器・循環器	呼吸障害: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )											
	眼	眼球運動障害: [ なし ・ あり ] 眼位異常: [ なし ・ あり ] 眼瞼下垂: [ なし ・ 右 ・ 左 ・ 両側 ] 複視: [ なし ・ あり ]											
	その他	症状 (その他): ( )											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査		抗アセチルコリンレセプター (AChR) 抗体: ( )nmol/L・未実施 実施日: ( 年 月 日 ) 抗筋特異的チロシンキナーゼ (MuSK) 抗体: ( )nmol/L・未実施 実施日: ( 年 月 日 )											
		病源性抗体 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )											
生理機能検査		誘発電位検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 検査名: ( ) 所見: ( )											
病理検査		胸腺: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )											
画像検査		CTまたはMRI検査 (胸腺): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )											
検査所見 (その他)		アイスパック試験: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )											
		塩酸エドロホニウム (テンシロン) 試験: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )											
		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: ( )											

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	20	神経・筋疾患	(	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉	2/2
経過（申請時） ※直近の状況を記載						
薬物療法	抗コリンエステラーゼ薬：[ なし ・ あり ]      ステロイド薬：[ なし ・ あり ]      γグロブリン療法：[ なし ・ あり ] 免疫抑制薬：[ なし ・ あり ]      薬剤名：( )					
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 ]					
血液浄化	血液浄化法：[ 未実施 ・ 実施 ] 詳細：( )					
手術	胸腺摘除術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]      実施日：(      年      月      日 ) 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 (      )				