

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〈継続申請用〉		1/2	
病名		92 エカルディ・グティエール (Aicardi-Goutieres) 症候群								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								(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													
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) : ()										
	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 / μ L											
髄液検査		細胞数 : () / μ L		IFN-α 値の上昇 : [なし ・ あり]				ネオプテリン値の上昇 : [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)				()			
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) : ()		()										
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)				()			
検査所見 (その他)		検査所見 (その他) : ()											

2021a-001

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〈継続申請用〉

2021-001

2/2

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)
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				
医療機関住所					年 月 日				
					診療科				
					医師名				
					小児慢性特定疾病 指定医番号 ()				