

告示番号 100		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	15 レット (Rett) 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 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	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	低身長(-1.5SD以下): [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]									
		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]									
		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]									
		不随意運動: [なし・あり・不明]					ジストニア: [なし・あり・不明]				
		振戦: [なし・あり・不明]					ミオクローヌス: [なし・あり・不明]				
不随意運動(その他):()											
筋・骨格	手の常同運動: 手もみ・手をこするような動作: [なし・あり] 手の常同運動: 手をねじる・絞る: [なし・あり]										
	手の常同運動: 手を叩く・鳴らす: [なし・あり] 手の常同運動: 手を口に入れる: [なし・あり]										
呼吸器・循環器	睡眠障害: [なし・あり・不明] 夜間中途覚醒: [なし・あり] 昼間の眠気: [なし・あり]										
その他	抗重力筋の緊張低下: [なし・あり]										
筋・骨格	詳細:()										
	側彎: [なし・あり] Cobb角:()度										
呼吸器・循環器	呼吸障害: [なし・あり]										
その他	詳細:()										
その他	症状(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:()					
	睡眠ポリソムノグラフィ検査: [未実施・実施] 実施日:()年()月()日					所見:()					
画像検査	単純X線検査(脊椎): [未実施・実施] 実施日:()年()月()日					所見:()					
	CT検査(頭部): [未実施・実施] 実施日:()年()月()日					所見:()					
	MRI検査(頭部): [未実施・実施] 実施日:()年()月()日					所見:()					
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施・実施] 実施日:()年()月()日					所見:()					
	遺伝子検査: [未実施・実施] 実施日:()年()月()日					MECP2遺伝子異常: [なし・あり] CDKL5遺伝子異常: [なし・あり] FOXG1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]
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 側嚔手術:[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日:(年 月 日)
術式:()
所見:()
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
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()