

告示番号		3		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	24 カナバン (Canavan) 病							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		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	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(申請時) ※直近の状況を記載													
尿検査	尿中N-acetyl-aspartate (NAA): [未実施・正常・増加(正常上限の20倍未満)・著増(正常上限の20倍以上)・減少]												
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:()								
病理検査	皮膚線維芽細胞中aspartoacylase (ASPA) 活性: [未実施・正常・上昇・低下]												
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・ピネー式・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		ASPA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
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()