

病名	41 デュシェンヌ (Duchenne) 型筋ジストロフィー				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							
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]					
	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]			
筋力低下:近位:[なし・あり]		遠位:[なし・あり]		体幹:[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]					
側彎:[なし・あり] Cobb角:()度							
呼吸器・循環器	呼吸障害:[なし・あり]						
	詳細:()						
	心筋障害:[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	CK:最近1年間の最高値:()U/L						
生理機能検査	脳波検査:[未実施・実施] 実施日:(年 月 日)						
	所見:()						
病理検査	筋生検:[未実施・実施] 実施日:(年 月 日)						
	ジストロフィン蛋白欠損:[なし・あり] 所見(その他):()						
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:()						
発達・知能指数検査	CTまたはMRI検査(骨格筋):[未実施・実施] 実施日:(年 月 日)						
	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 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)						
	ジストロフィンDNA (MLPA法):[異常なし・異常あり]						
	遺伝子検査(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	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	側彎手術: [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	()		