

告示番号		46		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	43 先天性無痛無汗症							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		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] 運動失調:[なし・あり・不明]											
		深部腱反射消失:右上肢:[なし・あり] 右下肢:[なし・あり] 左上肢:[なし・あり] 左下肢:[なし・あり] 詳細:()											
		感覚鈍麻または消失:右上肢:[なし・あり] 右下肢:[なし・あり] 左上肢:[なし・あり] 左下肢:[なし・あり] 詳細:()											
		異常感覚または疼痛:右上肢:[なし・あり] 右下肢:[なし・あり] 左上肢:[なし・あり] 左下肢:[なし・あり] 詳細:()											
	筋・骨格	筋力低下:[なし・あり] 関節拘縮:[なし・あり]											
		筋量低下:[なし・あり] 詳細:()											
		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]						
その他	骨変形:[なし・あり]					骨折:[なし・あり]							
	発汗障害:[なし・あり]			体温調節異常:[なし・あり]			乳児期からの咬傷:[なし・あり]						
検査所見(申請時) ※直近の状況を記載													
生理機能検査	神経伝導検査:[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 正中: median: 部位/運動:[左・右] 伝導速度:()m/s 遠位潜時:()ms 振幅:()mv 尺骨: ulnar: 部位/運動:[左・右] 伝導速度:()m/s 遠位潜時:()ms 振幅:()mv 脛骨: tibial: 部位/運動:[左・右] 伝導速度:()m/s 遠位潜時:()ms 振幅:()mv 腓腹: sural: 部位/感覚:[左・右] 伝導速度:()m/s 遠位潜時:()ms 振幅:()μV												
	病理検査	神経生検:[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 部位:() 所見:()											
		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) NTRK1遺伝子異常:[なし・あり] NGFB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	ビタミン薬: [なし ・ あり] 薬物療法 (その他): ()	筋弛緩薬: [なし ・ あり]
------	---------------------------------------	-------------------

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] 気管挿管: [なし ・ あり]	非侵襲的陽圧換気療法: [なし ・ あり] 人工呼吸管理: [なし ・ あり]	気管切開管理: [なし ・ あり]
------	--	--	---------------------

リハビリテーション	理学療法: [未実施 ・ 実施]	補装具の使用: [なし ・ あり]
-----------	--------------------	---------------------

手術	整形外科的手術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 術式: () 所見: ()	実施日: (年 月 日)
----	---	----------------

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 ()			