

告示番号 <b>45</b>		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	<b>44 遺伝性運動感覚ニューロパチー</b>			受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )	
保険情報	保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( )		資格取得年月日 年 月 日			
氏名	(セイメイ) (姓名)	以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓名)			
住所	郵便番号 ( - ) 都道府県 ( ) 市区町村 ( ) 丁目番地等 ( )					
生年月日	年 月 日			性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定	
出生地	都道府県 ( ) 市区町村 ( )					
出生体重	g	出生週数	在胎 週 日			
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳 か月 日		
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)		体重 (測定日)	kg ( SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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						
最終受診日	( 年 月 日 )					
症状	精神・神経	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	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 ]	
	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	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		
病理検査	腓腹: sural: 部位/感覚: [ 左 ・ 右 ]		伝導速度: ( )m/s	遠位潜時: ( )ms	振幅: ( ) $\mu$ V	
	神経生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( )					
発達・知能指数検査	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 )			
遺伝学的検査	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: ( )					
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )					

告示番号 <b>45</b> 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〉 <b>2/2</b>	
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 ] 筋弛緩薬: [ なし ・ あり ] 薬物療法 (その他): ( )
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 ]
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 ] 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
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 ( )
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
医療機関所在地	診断年月日 年 月 日
電話番号	診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[ 認定 ・ 不認定 ]
研究同意の有無	[ 有 ・ 無 ]
受給者番号	受給者番号 ( ) 有効期限 年 月 日
階層区分	[ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ]
保険情報	保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( ) 資格取得年月日 年 月 日