

告示番号		45		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	40 遺伝性運動感覚ニューロパチー							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		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	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 ] 凹足(Pes cavus):[ なし・あり ] シャンパンボトル様下肢:[ なし・あり ]												
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 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	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 ) 所見:( )												
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 ]      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

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 (			)