

病名	<b>45 福山型先天性筋ジストロフィー</b>			受付種別	<input type="checkbox"/> 新規
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	治療・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

臨床所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

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 関節拘縮:[ なし・あり ] 部位:( ) 関節過伸展:[ なし・あり ] 部位:( )
	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):( )

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 関節拘縮:[ なし・あり ] 部位:( ) 関節過伸展:[ なし・あり ] 部位:( )
	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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載**

血液検査	CK: これまでの最高値: ( )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: ( )
	筋電図検査: [ 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 )	α-ジストログリカンの糖鎖に対する抗体の染色性低下: [ 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: ( )
	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 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 )	フクチン遺伝子異常: [ 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): ( )		

**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: ( )
	筋電図検査: [ 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 )	α-ジストログリカンの糖鎖に対する抗体の染色性低下: [ なし ・ あり ]
	所見: ( )		
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 (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 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 )	フクチン遺伝子異常: [ 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	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 ( \_\_\_\_\_ )