

病名	41から47に掲げるもののほか、筋ジストロフィー (具体的な疾病名:)	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 (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]
	筋・骨格	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]
		筋力低下: 近位: [なし・あり] 遠位: [なし・あり] 体幹: [なし・あり]
		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]
	呼吸器・循環器	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: ()
		呼吸障害: [なし・あり] 詳細: () 心筋障害: [なし・あり] 心伝導障害: [なし・あり]
	眼	眼瞼下垂: [なし・右・左・両側] 外眼筋麻痺: [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: ()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] DQまたはIQ値: () 検査名(その他): ()
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] 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	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 ()			