

病名	52 45から51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"/> 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(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]					
	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):()						
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):()						

告示番号 **17** 神経・筋疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

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:()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):()
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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()