

病名	58 点頭てんかん (ウエスト (West) 症候群)					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	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										
身体所見	小頭症(-2.0SD以下): [なし・あり] 頭囲:()cm 頭囲SD:()									
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] 運動失調: [なし・あり・不明]								
	発達障害: [なし・あり・不明] 自閉スペクトラム症: [なし・あり・不明]									
	注意欠如多動症: [なし・あり・不明] 限局性学習症: [なし・あり・不明]									
	発達障害(その他):()									
	筋・骨格	てんかん: [なし・あり] 頻度: [日単位・週単位・月単位・年単位]								
		強直間代発作: [なし・あり] ミオクロニー発作: [なし・あり] 強直発作: [なし・あり]								
		脱力発作: [なし・あり] 点頭発作: [なし・あり] 非定型欠神発作: [なし・あり]								
	筋・骨格	てんかん重積発作: [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	骨折: [なし・あり] 脱臼: [なし・あり]									
呼吸器・循環器	呼吸障害: [なし・あり] 詳細:()									
皮膚・粘膜	白斑: [なし・あり] 色素異常: [なし・あり] 日光過敏: [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] 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	脳波検査: [未実施・実施] 実施日:()年()月()日 所見:()									
画像検査	CT検査(頭部): [未実施・実施] 実施日:()年()月()日 所見:()									
	CT検査: [未実施・実施] 実施日:()年()月()日 部位:() 所見:()									
	MRI検査(頭部): [未実施・実施] 実施日:()年()月()日 所見:()									
	画像検査(その他): [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・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:()									

告示番号	60 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〉			2/2
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] ARX遺伝子異常：[なし ・ あり] STXBP1遺伝子異常：[なし ・ あり] 遺伝子異常（その他）：()	実施日：(年 月 日) STK9/CDKL5遺伝子異常：[なし ・ あり]	SPTAN1遺伝子異常：[なし ・ あり]	
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	抗てんかん薬：[なし ・ あり] 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 詳細：()			
	ACTH療法：[なし ・ あり] 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]			
	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	てんかん外科手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 術式：() 所見：() 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]			
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 ()			