

病名	59 レノックス・ガストー (Lennox-Gastaut) 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	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):()						
		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] ミオクローニー発作: [なし・あり] 強直発作: [なし・あり] 脱力発作: [なし・あり] 點頭発作: [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] 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・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	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：()
------	--

薬物療法	ACTH療法：[なし ・ あり] 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
	ステロイド薬：[なし ・ あり] 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
	ステロイドパルス療法：[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]
	ケトン食：[なし ・ あり] 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
	食事療法 (その他)：()

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：()
---------	-------------

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	()