

病名	60 ウンフェルリヒト・ルントボルク (Unverricht-Lundborg) 病					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		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								
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]						
		麻痺:[なし・あり・不明] 運動失調:[なし・あり・不明]						
	てんかん:ミオクローニー発作:[なし・あり] 頻度:[日単位・週単位・月単位・年単位]							
	ミオクローニー発作以外のてんかん発作:[なし・あり] 頻度:[日単位・週単位・月単位・年単位]							
	てんかん発作の誘発:光による:[なし・あり] 音による:[なし・あり] 動作による:[なし・あり]							
筋・骨格	てんかん発作の誘因(その他):()							
	精神症状:[なし・あり]							
	詳細:()							
呼吸器・循環器	不随意運動:[なし・あり・不明] ミオクローヌス:[なし・あり・不明]							
	不随意運動(その他):()							
その他	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]							
その他	呼吸障害:[なし・あり] 詳細:()							
	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) 光刺激による突発波の誘発:[なし・あり]							
	所見:()							
病理検査	誘発電位検査:[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 検査名:()							
	所見:()							
画像検査	生検:[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 部位:()							
	所見:()							
	CT検査(頭部):[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 部位:()							
	所見:()							
発達・知能指数検査	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:()							
遺伝学的検査	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]							
検査所見(その他)	検査名(その他):()							
	DQまたはIQ値:()							
検査所見(その他)	遺伝子検査:[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) CSTB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	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 (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 ()			