

病名	<b>61 ラフォラ (Lafora) 病</b>			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 ] 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 ] てんかん発作の誘因 (その他): ( )
		精神症状: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )
		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): ( )
	筋・骨格	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	呼吸障害: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )
その他	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: ( )
	誘発電位検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 検査名: ( ) 所見: ( )
病理検査	生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( ) 所見: ( )
画像検査	CT 検査 (頭部): [ 未実施 ・ 実施 ] 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・ピナー式 ・ 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 ) EPM2A 遺伝子異常: [ なし ・ あり ] EPM2B 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): ( )

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: ( )  
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 ( )