

告示番号		64		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)		1/2	
病名	65 大田原症候群							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:() 奇形・形態異常: [なし・あり] 奇形・形態異常:() 身体所見(その他):()												
症状	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] 嚥下障害: [なし・あり] 不随意運動: [なし・あり・不明] 運動失調: [なし・あり・不明]												
	四肢麻痺: [なし・あり・不明] 片麻痺: [なし・あり・不明] 両麻痺: [なし・あり・不明] 単麻痺: [なし・あり・不明] 麻痺(その他):()												
	自閉性: [なし・あり・不明] 多動: [なし・あり・不明] 易刺激性: [なし・あり・不明] 自傷行動: [なし・あり・不明] 行動異常(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] てんかん重積状態: [なし・あり] てんかん性スパズム(点頭発作): [なし・あり] パターン: [単発のみ・シリーズ形成性のみ・シリーズ形成性と単発の併存・不明] 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] 焦点発作: [なし・あり] 非定型欠神発作: [なし・あり] 発作型(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:()												
皮膚・粘膜 母斑: [なし・あり] 詳細:()													
その他 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 Suppression-burstパターン: [なし・あり] Suppression-burstパターン: 出現時期: [覚醒時記録のみ・睡眠記録のみ・覚醒時記録/睡眠時記録ともに・睡眠時のみ認め覚醒時になし・その他] 所見(その他):()												
画像検査	CT検査(頭部): [未実施・実施] 実施日:()年()月()日 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:()												

遺伝学的検査	染色体検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) ARX遺伝子異常：[なし ・ あり] STXBP1遺伝子異常：[なし ・ あり] KCNQ2遺伝子異常：[なし ・ あり] SCN2A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：()
	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] ケトン食：[なし ・ あり] 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
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
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()