

告示番号 <b>73</b>		神経・筋疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/3				
病名	<b>72 P U R A</b> 関連神経発達異常症			受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
保険情報	保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( ) 資格取得年月日 年 月 日							
氏名	(セイメイ) (姓)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓)				
住所	郵便番号 ( - ) 都道府県 ( ) 市区町村 ( ) 丁目番地等 ( )							
生年月日	年 月 日			性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地	都道府県 ( ) 市区町村 ( )							
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日				
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳 か月 日				
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	%
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		する ・ しない ・ 不明		
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載								
最終受診日	( 年 月 日 )							
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 ]						
		嚥下障害:[ なし ・ あり ] ジストニア:[ なし ・ あり ・ 不明 ] ジスキネジア:[ なし ・ あり ・ 不明 ]						
	痙攣:[ なし ・ あり ] 意識障害:[ なし ・ あり ]							
	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 ] 発達障害 (その他):( )							
筋・骨格	筋緊張低下:[ なし ・ あり ・ 不明 ] 骨折:[ なし ・ あり ] 脱臼:[ なし ・ あり ] 側彎:[ なし ・ あり ]							
呼吸器・循環器	呼吸障害:[ なし ・ あり ] 詳細:( )							
その他	体温調節異常:[ なし ・ あり ] 症状 (その他):( )							
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 ]						
		嚥下障害:[ なし ・ あり ] ジストニア:[ なし ・ あり ・ 不明 ] ジスキネジア:[ なし ・ あり ・ 不明 ]						
	痙攣:[ なし ・ あり ] 意識障害:[ なし ・ あり ]							
	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 ] 発達障害 (その他):( )							
筋・骨格	筋緊張低下:[ なし ・ あり ・ 不明 ] 骨折:[ なし ・ あり ] 脱臼:[ なし ・ あり ] 側彎:[ なし ・ あり ]							
呼吸器・循環器	呼吸障害:[ 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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載								
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またはMRI検査 (頭部): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 脳室拡大:[ なし ・ あり ] 皮質形成異常:[ なし ・ あり ] 所見 (その他):( )							
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	73	神経・筋疾患 ( )	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)	2/3
遺伝学的検査	染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	所見: ( )		
	FISH: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	所見: ( )		
	マイクロアレイ染色体検査: [ 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 )	PURA遺伝子異常: [ なし ・ あり ] 所見 (その他): ( )		
検査所見 (その他)	検査所見 (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またはMRI検査 (頭部): [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	脳室拡大: [ なし ・ あり ]	皮質形成異常: [ なし ・ あり ]	所見 (その他): ( )
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	染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	所見: ( )		
	FISH: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	所見: ( )		
	マイクロアレイ染色体検査: [ 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 )	PURA遺伝子異常: [ なし ・ あり ] 所見 (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: ( )				
家族歴	本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 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	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				
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 ( )				

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[ 認定 ・ 不認定 ]
研究同意の有無	[ 有 ・ 無 ]
受給者番号	受給者番号 ( ) 有効期限 年 月 日
階層区分	[ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ]
保険情報	保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( ) 資格取得年月日 年 月 日