

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 (継続申請用)		1/2		
病名	72 PURA関連神経発達異常症			受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()	
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) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓名)		
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		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						
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): ()					
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・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: ()					
	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: ()					

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 (継続申請用)	2/2
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