

告示番号 **74** 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) **1/2**

病名	73 ミオクロニー欠神てんかん					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規		
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	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(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									
身体所見	低身長(-2.0SD以下): [なし・あり] 小頭症(-2.0SD以下): [なし・あり]				低体重(-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] 不随意運動: [なし・あり・不明] 麻痺: [なし・あり・不明] 運動失調: [なし・あり・不明]							
		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] 注意欠如多動症: [なし・あり・不明] 限局性学習症: [なし・あり・不明] 発達障害(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] てんかん重積発作: [なし・あり] 強直間代発作: [なし・あり] 強直発作: [なし・あり] ミオクロニー発作: [なし・あり] ミオクロニー欠神発作: [なし・あり] 脱力発作: [なし・あり] 點頭発作: [なし・あり] 欠神発作: [なし・あり] てんかん発作(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	皮膚症状: [なし・あり] 詳細:()								
その他	症状(その他):()								
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載									
身体所見	低身長(-2.0SD以下): [なし・あり] 小頭症(-2.0SD以下): [なし・あり]				低体重(-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] 不随意運動: [なし・あり・不明] 麻痺: [なし・あり・不明] 運動失調: [なし・あり・不明]							
		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] 注意欠如多動症: [なし・あり・不明] 限局性学習症: [なし・あり・不明] 発達障害(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] てんかん重積発作: [なし・あり] 強直間代発作: [なし・あり] 強直発作: [なし・あり] ミオクロニー発作: [なし・あり] ミオクロニー欠神発作: [なし・あり] 脱力発作: [なし・あり] 點頭発作: [なし・あり] 欠神発作: [なし・あり] てんかん発作(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	皮膚症状: [なし・あり] 詳細:()								
その他	症状(その他):()								

告示番号 74 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)		2/2
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 (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: ()	
	CT検査 (その他): [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・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) 所見: ()	
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 (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: ()	
	CT検査 (その他): [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・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) 所見: ()	
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] ケトン食: [なし ・ あり] 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 食事療法 (その他): ()	
	呼吸管理	
手術	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]	
	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 ()	