

病名	63 小児交互性片麻痺					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	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										
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]								
		痙攣発作:[なし・あり] 発作型:()								
		頻度:()								
		変動する麻痺発作:[なし・あり] 頻度:()								
		詳細:()								
	不随意運動:[なし・あり・不明]									
詳細:()										
運動失調:[なし・あり・不明]										
詳細:()										
自律神経障害:[なし・あり]										
詳細:()										
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]					
眼	異常眼球運動:[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)									
所見:()										
画像検査	CT検査(頭部):[未実施・実施] 実施日:(年 月 日)									
	所見:()									
発達・知能指数検査	MRI検査(頭部):[未実施・実施] 実施日:(年 月 日)									
	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	遺伝子検査:[未実施・実施] 実施日:(年 月 日)				ATP1A3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:()										

