

告示番号		30		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	79 ラフォラ (Lafora) 病							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	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]											
		麻痺:[なし・あり・不明] 運動失調:[なし・あり・不明]											
		てんかん:ミオクローニー発作:[なし・あり] 頻度:[日単位・週単位・月単位・年単位]											
	ミオクローニー発作以外のてんかん発作:[なし・あり] 頻度:[日単位・週単位・月単位・年単位]												
	てんかん発作の誘発:光による:[なし・あり] 音による:[なし・あり] 動作による:[なし・あり]												
	てんかん発作の誘因(その他):()												
筋・骨格	精神症状:[なし・あり]												
	詳細:()												
呼吸器・循環器	不随意運動:[なし・あり・不明] ミオクローヌス:[なし・あり・不明]												
	不随意運動(その他):()												
その他	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]												
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) 光刺激による突発波の誘発:[なし・あり]												
	所見:()												
病理検査	誘発電位検査:[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 検査名:()												
	所見:()												
画像検査	生検:[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 部位:()												
	所見:()												
	CT検査(頭部):[未実施・実施]												
	所見:()												
発達・知能指数検査	CT検査:[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:()												
遺伝学的検査	画像検査(その他):[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 部位:()												
	所見:()												
遺伝学的検査	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・ピナー式・WPPSI・WISC・WAIS-R・新版K式・K-ABC・遠城寺式・KIDS・その他]												
遺伝学的検査	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)												
	EPM2A遺伝子異常:[なし・あり] EPM2B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: ()
薬物療法 (その他): ()

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: ()
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 ()