

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|---|--|--------------------|---------------|---------------------|---|--|-----------------|--|
| 病名 | 67 乳児神経軸索ジストロフィー | | | | | 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] | | | | | | | |
| | | 精神運動機能の退行:[なし・あり] | | | | | | | |
| | | てんかん:[なし・あり] 発作型:() 頻度:[日単位・週単位・月単位・年単位] | | | | | | | |
| | | 不随意運動:[なし・あり・不明] | | | | | | | |
| | | ジストニア:[なし・あり・不明] ジストニア・パーキンソンニズム:[なし・あり・不明] | | | | | | | |
| | 麻痺:[なし・あり・不明] 部位:() 詳細:() | | | | | | | | |
| | 運動失調:[なし・あり・不明] 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] | | | | |
| | 筋固縮:[なし・あり・不明] | | | | 筋痙直:[なし・あり・不明] | | | | |
| 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:() | | | | | | | | |
| | 神経伝導検査:[未実施・実施] | | | | 実施日:(年 月 日) | | | | |
| 所見:() | | | | | | | | | |
| 筋電図検査:[未実施・実施] | | | | 実施日:(年 月 日) | | | | | |
| 所見:() | | | | | | | | | |
| 画像検査 | 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:() | | | | | | | | |
| 眼科学的検査 | 眼科学的検査:[未実施・実施] | | | | 実施日:(年 月 日) | | | | |
| 所見:() | | | | | | | | | |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査:[未実施・実施] | | | | 実施日:(年 月 日) | | | | |
| | 遺伝子異常(その他):() PLA2G6遺伝子異常:[なし・あり] | | | | | | | | |
| 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 | 薬物療法: [なし ・ あり] 詳細: () |
| 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] |
| 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 () |
| | (印) |