

病名	68 乳児両側線条体壊死					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 ]			運動失調:[ なし・あり・不明 ]						
	不随意運動:[ なし・あり・不明 ]			ジストニア:[ なし・あり・不明 ]			舞踏運動:[ なし・あり・不明 ]				
	麻痺:[ なし・あり・不明 ] 部位:( )										
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											
画像検査	CT検査(頭部):[ 未実施・実施 ] 実施日:( 年 月 日 )										
	MRI検査(頭部):[ 未実施・実施 ] 実施日:( 年 月 日 )										
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 ]										
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 )										
	NUP62遺伝子異常:[ なし・あり ] SLC19A3遺伝子異常:[ なし・あり ] ADAR1遺伝子異常:[ なし・あり ]										
検査所見(その他)	遺伝子異常(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:( )										
既往歴	先行感染:[ なし・あり ] 詳細:( )										
経過(申請時) ※直近の状況を記載											
薬物療法	ボツリヌス療法:[ なし・あり ] 治療効果:[ 著効・有効・不変・悪化・判定不能 ]										
栄養管理	薬物療法(その他):( )										
呼吸管理	経管栄養(腸瘻・胃瘻含む):[ なし・あり ]					中心静脈栄養:[ なし・あり ]					
	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	脳深部刺激療法：[ 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 ]
	髄腔内バクロフェン療法：[ 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 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )