

告示番号		23		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	81 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			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:( )												
	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 ]							
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 ] 詳細：( )		
	カルシウム拮抗薬：[ なし ・ あり ] 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 ]	
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			(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )			