

告示番号		95		神経・筋疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	83 瀬川病							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
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(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
発症時期	発症時期:[小児期・思春期以降]												
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] 鬱病:[なし・あり]											
		不随意運動:[なし・あり・不明] ジストニア:[なし・あり・不明] 部位:[全身性・局所性] 症状の日内変動:[なし・あり・不明] 不随意運動(その他):()											
その他	症状(その他):()												
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載													
発症時期	発症時期:[小児期・思春期以降]												
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] 鬱病:[なし・あり]											
		不随意運動:[なし・あり・不明] ジストニア:[なし・あり・不明] 部位:[全身性・局所性] 症状の日内変動:[なし・あり・不明] 不随意運動(その他):()											
その他	症状(その他):()												
検査所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
モノアミン代謝産物(髄液)	モノアミン代謝産物(髄液):[未実施・実施]					ホモバニリン酸(HVA)の低下:[なし・あり]							
	5-ヒドロキシ酢酸(5HIAA)の低下:[なし・あり]												
プテリジン分析(髄液)	プテリジン分析(髄液):[未実施・実施]					ネオプテリンの低下:[なし・あり]			ピオプテリンの低下:[なし・あり]				
画像検査	MRI検査(頭部):[未実施・実施]		実施日:(年 月 日)										
遺伝学的検査	遺伝子検査:[未実施・実施]		実施日:(年 月 日)			GCH1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):()												
検査所見(申請時) ※直近の状況を記載													
モノアミン代謝産物(髄液)	モノアミン代謝産物(髄液):[未実施・実施]					ホモバニリン酸(HVA)の低下:[なし・あり]							
	5-ヒドロキシ酢酸(5HIAA)の低下:[なし・あり]												
プテリジン分析(髄液)	プテリジン分析(髄液):[未実施・実施]					ネオプテリンの低下:[なし・あり]			ピオプテリンの低下:[なし・あり]				
画像検査	MRI検査(頭部):[未実施・実施]		実施日:(年 月 日)										
遺伝学的検査	遺伝子検査:[未実施・実施]		実施日:(年 月 日)			GCH1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: ()
家族歴	本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明] 詳細: ()
	常染色体優性遺伝: [なし ・ あり ・ 不明]
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	L-dopa: [なし ・ あり] 薬物療法 (その他): ()
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 ()