

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 (継続申請用)		
病名	83 瀬川病							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												
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 ]										
	その他	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):( )											
	症状(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						
	所見:( )											
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	( )					