

告示番号		92		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	85 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		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)					PLA2G6遺伝子異常:[なし・あり]		
検査所見(その他)	検査所見(その他):()												

