

告示番号		91		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)		1/3	
病名	86 WDR45関連神経変性症							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()						
	資格取得年月日		年 月 日										
氏名	(セイメイ) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓名)						
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()						
生年月日	年 月 日				性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定						
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()										
出生体重	g		出生週数		在胎 週 日								
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢		満 歳 か月 日								
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		肥満度	%				
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	治療 ・ 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													
最終受診日	(年 月 日)												
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]											
		独立獲得: [なし ・ あり] 独立獲得時年齢: (歳 か月) 精神運動機能の退行: [なし ・ あり]											
		言語発達遅滞: [なし ・ あり ・ 不明] 常同運動: [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] ジストニア・パーキンソニズム: [なし ・ あり ・ 不明] すくみ足: [なし ・ あり ・ 不明]											
		発達障害: [なし ・ あり ・ 不明] 自閉スペクトラム症: [なし ・ あり ・ 不明]											
		発達障害 (その他): ()											
		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] てんかん重積発作: [なし ・ あり]											
		麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] 部位: ()											
詳細: ()													
運動失調: [なし ・ あり ・ 不明]													
詳細: ()													
精神症状: [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]							
	筋固縮: [なし ・ あり ・ 不明]					筋痙直: [なし ・ あり ・ 不明]							
その他	発汗障害: [なし ・ あり] 体温調節異常: [なし ・ あり]												
症状 (その他): ()													
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]											
		独立獲得: [なし ・ あり] 独立獲得時年齢: (歳 か月) 精神運動機能の退行: [なし ・ あり]											
		言語発達遅滞: [なし ・ あり ・ 不明] 常同運動: [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] ジストニア・パーキンソニズム: [なし ・ あり ・ 不明] すくみ足: [なし ・ あり ・ 不明]											
		発達障害: [なし ・ あり ・ 不明] 自閉スペクトラム症: [なし ・ あり ・ 不明]											
		発達障害 (その他): ()											
		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] てんかん重積発作: [なし ・ あり]											
		麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] 部位: ()											
詳細: ()													
運動失調: [なし ・ あり ・ 不明]													
詳細: ()													
精神症状: [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]							
	筋固縮: [なし ・ あり ・ 不明]					筋痙直: [なし ・ あり ・ 不明]							
その他	発汗障害: [なし ・ あり] 体温調節異常: [なし ・ あり]												
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	
血液検査	ヘモグロビン (Hb) : ()g/dL AST : ()U/L 血清鉄 (Fe) : ()μg/dL フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施 NSE : ()ng/mL ・ 未実施
生理機能検査	脳波検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 高振幅速波 : [なし ・ あり] 所見 (その他) : ()
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) WDR45遺伝子異常 : [なし ・ あり] 詳細 : () 遺伝子検査 (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	
血液検査	ヘモグロビン (Hb) : ()g/dL AST : ()U/L 血清鉄 (Fe) : ()μg/dL フェリチン : ()ng/mL ・ 未実施 NSE : ()ng/mL ・ 未実施
生理機能検査	脳波検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 高振幅速波 : [なし ・ あり] 所見 (その他) : ()
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) WDR45遺伝子異常 : [なし ・ あり] 詳細 : () 遺伝子検査 (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 : ()
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] 治療効果 : [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 詳細 : ()
	ACTH療法 : [なし ・ あり] 治療効果 : [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
	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]
	筋弛緩薬 : [なし ・ あり] 治療効果 : [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
	薬物療法 (その他) : ()
手術	髄腔内パクロフェン療法 : [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
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 ()

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日