

病名	<b>81 重症筋無力症</b>					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		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										
病型	病型(重症筋無力症): [ 純粋眼筋型・潜在性全身型・全身型(球型を含む) ]									
症状	全身	症状の日内変動: [ なし・あり ]			易疲労性: [ なし・あり ]		クリーゼの既往: [ なし・あり ]			
	精神・神経	嚥下障害: [ なし・あり ]								
	筋・骨格	筋力低下: 顔面: [ なし・あり ]			頸部: [ なし・あり ]		四肢: [ なし・あり ]			
		構音障害: [ なし・あり ]			咀嚼障害: [ なし・あり ]					
	呼吸器・循環器	呼吸障害: [ なし・あり ] 詳細: ( )								
	眼	眼球運動障害: [ なし・あり ]		眼位異常: [ なし・あり ]		眼瞼下垂: [ なし・右・左・両側 ]				
その他	症状(その他): ( )									
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載										
病型	病型(重症筋無力症): [ 純粋眼筋型・潜在性全身型・全身型(球型を含む) ]									
症状	全身	症状の日内変動: [ なし・あり ]			易疲労性: [ なし・あり ]		クリーゼの既往: [ なし・あり ]			
	精神・神経	嚥下障害: [ なし・あり ]								
	筋・骨格	筋力低下: 顔面: [ なし・あり ]			頸部: [ なし・あり ]		四肢: [ なし・あり ]			
		構音障害: [ なし・あり ]			咀嚼障害: [ なし・あり ]					
	呼吸器・循環器	呼吸障害: [ なし・あり ] 詳細: ( )								
	眼	眼球運動障害: [ なし・あり ]		眼位異常: [ なし・あり ]		眼瞼下垂: [ なし・右・左・両側 ]				
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										
血液検査	抗アセチルコリンレセプター(AChR)抗体: ( ) nmol/L・未実施					実施日: ( ) 年 月 日				
	抗筋特異的チロシンキナーゼ(MuSK)抗体: ( ) nmol/L・未実施					実施日: ( ) 年 月 日				
	病原性抗体(その他): [ 未実施・実施 ]					実施日: ( ) 年 月 日				
	所見: ( )									
生理機能検査	誘発電位検査: [ 未実施・実施 ]					実施日: ( ) 年 月 日				
	検査名: ( )									
	所見: ( )									
病理検査	胸腺: [ 未実施・実施 ]					実施日: ( ) 年 月 日				
	所見: ( )									

**告示番号 20 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) 2/2**

画像検査	CTまたはMRI検査 (胸腺) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )		
検査所見 (その他)	アイスパック試験 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )		
	塩酸エドロホニウム (テンシロン) 試験 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )		
	検査所見 (その他) : ( )		
<b>検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>			
血液検査	抗アセチルコリンレセプター (AChR) 抗体 : ( )nmol/L・未実施 実施日 : ( 年 月 日 )		
	抗筋特異的チロシンキナーゼ (MuSK) 抗体 : ( )nmol/L・未実施 実施日 : ( 年 月 日 )		
生理機能検査	病源性抗体 (その他) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )		
	誘発電位検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 検査名 : ( ) 所見 : ( )		
病理検査	胸腺 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )		
画像検査	CTまたはMRI検査 (胸腺) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )		
検査所見 (その他)	アイスパック試験 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )		
	塩酸エドロホニウム (テンシロン) 試験 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )		
	検査所見 (その他) : ( )		
<b>その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>			
合併症	合併症 : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )		
<b>経過 (申請時) ※直近の状況を記載</b>			
薬物療法	抗コリンエステラーゼ薬 : [ なし ・ あり ] ステロイド薬 : [ なし ・ あり ] γグロブリン療法 : [ なし ・ あり ] 免疫抑制薬 : [ なし ・ あり ] 薬剤名 : ( )		
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 ]		
血液浄化	血液浄化法 : [ 未実施 ・ 実施 ] 詳細 : ( )		
手術	胸腺摘除術 : [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 術式 : ( ) 所見 : ( )		
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 ( )