

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)		1/2	
病名	100 重症筋無力症							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													
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) : ()		
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載			
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)
	病理性抗体 (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 : ()		
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) : ()		
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	抗コリンエステラーゼ薬 : [なし ・ あり]		ステロイド薬 : [なし ・ あり]
	免疫抑制薬 : [なし ・ あり] 薬剤名 : ()		γグロブリン療法 : [なし ・ あり]
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		
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()		