

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 (継続申請用)		1/2	
病名	100 重症筋無力症							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		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													
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(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: ()												

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〈継続申請用〉		2/2
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] 免疫抑制薬 : [なし ・ あり] 薬剤名 : ()	ステロイド薬 : [なし ・ あり] 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] 気管挿管 : [なし ・ あり]	非侵襲的陽圧換気療法 : [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] 術式 : () 所見 : ()	実施日 : (年 月 日)
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 ()