

告示番号		66		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	67 GRIN2B関連神経発達異常症							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		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													
身体所見	小頭症(-2.0SD以下): [なし・あり] 頭囲:()cm 頭囲SD:()												
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]											
	嚥下障害: [なし・あり] ジストニア: [なし・あり・不明] 痙攣: [なし・あり]												
	意識障害: [なし・あり]												
	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):()													
筋・骨格	筋緊張低下: [なし・あり・不明] 骨折: [なし・あり] 脱臼: [なし・あり] 側彎: [なし・あり]												
呼吸器・循環器	呼吸障害: [なし・あり] 詳細:()												
その他	体温調節異常: [なし・あり] 症状(その他):()												
検査所見(申請時) ※直近の状況を記載													
画像検査	CTまたはMRI検査(頭部): [未実施・実施] 実施日:()年()月()日) 脳室拡大: [なし・あり] 皮質形成異常: [なし・あり] 所見(その他):()												
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・ビナー式・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:()												
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施・実施] 実施日:()年()月()日) 所見:()												
	FISH: [未実施・実施] 実施日:()年()月()日) 所見:()												
	マイクロアレイ染色体検査: [未実施・実施] 実施日:()年()月()日) 所見:()												
	遺伝子検査: [未実施・実施] 実施日:()年()月()日) GRIN2B遺伝子異常: [なし・あり] 所見:() 遺伝子異常(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:()												
家族歴	本疾患の家族歴: [なし・あり・不明] 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：() 薬物療法 (その他)：()
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]
手術	手術：[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

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 ()