

告示番号		73		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	72 P U R A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		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 ] ジスキネジア: [ 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														
生理機能検査	脳波検査: [ 未実施・実施 ] 実施日:( )年( )月( )日 所見:( )													
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:( )													
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 P U R A 遺伝子異常: [ なし・あり ] 所見(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 ( )