

告示番号		75		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	74 ミオクロニー脱力発作を伴うてんかん							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	低身長(-2.0SD以下): [なし・あり]					低体重(-2.0SD以下): [なし・あり]							
	小頭症(-2.0SD以下): [なし・あり]					頭囲:()cm		頭囲SD:()					
症状	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] 不随意運動: [なし・あり・不明] 麻痺: [なし・あり・不明] 運動失調: [なし・あり・不明]												
	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]						
	注意欠如多動症: [なし・あり・不明]						限局性学習症: [なし・あり・不明]						
	発達障害(その他):()												
	てんかん: [なし・あり] 頻度: [日単位・週単位・月単位・年単位]						てんかん重積発作: [なし・あり]						
	強直間代発作: [なし・あり]				強直発作: [なし・あり]				ミオクロニー発作: [なし・あり]				
ミオクロニー脱力発作: [なし・あり]				脱力発作: [なし・あり]				點頭発作: [なし・あり]					
てんかん発作(その他):()													
筋・骨格	筋緊張低下: 体幹: [なし・あり・不明]					四肢: [なし・あり・不明]							
	筋緊張亢進: 体幹: [なし・あり・不明]					四肢: [なし・あり・不明]							
呼吸器・循環器	呼吸障害: [なし・あり] 詳細:()												
皮膚・粘膜	白斑: [なし・あり]			色素異常: [なし・あり]			日光過敏: [なし・あり]						
その他	発汗障害: [なし・あり]			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(その他):()												
画像検査	CT検査(頭部): [未実施・実施] 実施日:()年()月()日 所見:()												
	CT検査(その他): [未実施・実施] 実施日:()年()月()日 部位:() 所見:()												
	MRI検査(頭部): [未実施・実施] 実施日:()年()月()日 所見:()												
	画像検査(その他): [未実施・実施] 実施日:()年()月()日 部位:() 所見:()												
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:()												

告示番号	75	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
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		
	所見: ()				
検査所見 (その他)	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		
	所見: ()				
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: ()		
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]		
	ケトン食: [なし ・ あり]		治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]		
食事療法 (その他): ()					
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	てんかん外科手術: [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 ()			