

告示番号		91		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	86 WDR45関連神経変性症							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													
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]											
		独立獲得:[なし・あり] 独立獲得時年齢:( )歳( )か月 精神運動機能の退行:[なし・あり]											
		言語発達遅滞:[なし・あり・不明] 常同運動:[なし・あり] 不随意運動:[なし・あり・不明]											
		ジストニア:[なし・あり・不明] ジストニア・パーキンソンズム:[なし・あり・不明] すくみ足:[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]											
	発達障害(その他):( )												
	てんかん:[なし・あり] 発作型:( )												
	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]												
	麻痺:[なし・あり・不明] 部位:( )												
詳細:( )													
運動失調:[なし・あり・不明]													
詳細:( )													
精神症状:[なし・あり] 詳細:( )													
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]							
	筋固縮:[なし・あり・不明]					筋直縮:[なし・あり・不明]							
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													
血液検査	ヘモグロビン(Hb):( )g/dL		AST:( )U/L		血清鉄(Fe):( )μg/dL								
	フェリチン:( )ng/mL・未実施		NSE:( )ng/mL・未実施										
生理機能検査	脳波検査:[未実施・実施] 実施日:( )年( )月( )日					高振幅速波:[なし・あり]							
	所見(その他):( )												
画像検査	MRI検査(頭部):[未実施・実施] 実施日:( )年( )月( )日					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:( )												
眼科学的検査	眼科学的検査:[未実施・実施] 実施日:( )年( )月( )日					所見:( )							
遺伝学的検査	遺伝子検査:[未実施・実施] 実施日:( )年( )月( )日					WDR45遺伝子異常:[なし・あり]							
	詳細:( )												
	遺伝子検査(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：( )
-----	---------------------------

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：( )
	ACTH療法：[ なし ・ あり ]      治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]
	ボツリヌス療法：[ なし ・ あり ]      治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]
	筋弛緩薬：[ なし ・ あり ]      治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]
	薬物療法 (その他)：( )

手術	髄腔内パクロフェン療法：[ 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 (		)