

告示番号		39		神経・筋疾患		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/3	
病名		85 脊髄小脳変性症							受付種別		<input type="checkbox"/> 新規		
保険情報		保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( ) 資格取得年月日 年 月 日											
氏名		(セイメイ) (姓)				以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号 ( ) 都道府県 ( ) 市区町村 ( ) 丁目番地等 ( )											
生年月日		年 月 日							性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地		都道府県 ( ) 市区町村 ( )											
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日							
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳 日							
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	%
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		治療 ・ 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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
最終受診日		( 年 月 日 )											
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 ]											
		麻痺:[ なし ・ あり ・ 不明 ]											
		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 ]											
		運動失調:[ なし ・ あり ・ 不明 ]											
		詳細:( )											
		不随意運動:[ なし ・ あり ・ 不明 ]											
	詳細:( )												
	筋・骨格	表在感覚障害:[ なし ・ あり ] 深部感覚障害:[ なし ・ あり ]											
自律神経障害:[ なし ・ あり ]													
呼吸器・循環器	詳細:( )												
	眼												
その他	眼球運動障害:[ なし ・ あり ]												
	症状 (その他):( )												
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 ]											
		麻痺:[ なし ・ あり ・ 不明 ]											
		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 ]											
		運動失調:[ なし ・ あり ・ 不明 ]											
		詳細:( )											
		不随意運動:[ なし ・ あり ・ 不明 ]											
	詳細:( )												
	筋・骨格	表在感覚障害:[ なし ・ あり ] 深部感覚障害:[ なし ・ あり ]											
自律神経障害:[ なし ・ あり ]													
呼吸器・循環器	詳細:( )												
	眼												
その他	眼球運動障害:[ なし ・ あり ]												
	症状 (その他):( )												



