

告示番号		8		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		64 遺伝性低カリウム性周期性四肢麻痺							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 か月 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 )											
病型		病型 (遺伝性低カリウム性周期性四肢麻痺) : [ 遺伝性低カリウム性周期性四肢麻痺 ・ Andersen-Tawil症候群 ] 病型 (その他) : ( )											
症状	筋・骨格	骨折 : [ なし ・ あり ] 脱臼 : [ なし ・ あり ]											
		麻痺発作 : [ なし ・ あり ] 発作持続時間 : [ 一過性 ・ 数十分~数時間 ・ 数時間~数日 ] 誘因 : 運動 : [ なし ・ あり ・ 不明 ] 安静 : [ なし ・ あり ・ 不明 ] カリウム含有量の多い食物 (果物など) : [ なし ・ あり ・ 不明 ] 寒冷 : [ なし ・ あり ・ 不明 ] 高炭水化物食 : [ なし ・ あり ・ 不明 ] ストレス : [ なし ・ あり ・ 不明 ] その他 : ( )											
		発作間欠期の筋力低下 : [ なし ・ あり ] ミオパチー : [ なし ・ あり ] 骨格異常 : [ なし ・ あり ]											
		嚥下障害 : [ なし ・ あり ]											
		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 ] 痙攣 : [ なし ・ あり ] 意識障害 : [ 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) : ( )											
	臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載												
	病型		病型 (遺伝性低カリウム性周期性四肢麻痺) : [ 遺伝性低カリウム性周期性四肢麻痺 ・ Andersen-Tawil症候群 ] 病型 (その他) : ( )										
	症状	筋・骨格	骨折 : [ なし ・ あり ] 脱臼 : [ なし ・ あり ]										
麻痺発作 : [ なし ・ あり ] 発作持続時間 : [ 一過性 ・ 数十分~数時間 ・ 数時間~数日 ] 誘因 : 運動 : [ なし ・ あり ・ 不明 ] 安静 : [ なし ・ あり ・ 不明 ] カリウム含有量の多い食物 (果物など) : [ なし ・ あり ・ 不明 ] 寒冷 : [ なし ・ あり ・ 不明 ] 高炭水化物食 : [ なし ・ あり ・ 不明 ] ストレス : [ なし ・ あり ・ 不明 ] その他 : ( )													
発作間欠期の筋力低下 : [ なし ・ あり ] ミオパチー : [ なし ・ あり ] 骨格異常 : [ なし ・ あり ]													
嚥下障害 : [ なし ・ あり ]													
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 ] 痙攣 : [ なし ・ あり ] 意識障害 : [ なし ・ あり ]													
呼吸器・循環器		呼吸障害 : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )											



上記の通り診断します。

医療機関名

医療機関所在地

電話番号

記載年月日

年

月

8

診断年月日

年

月

11

診療科

醫師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

## 行政記載欄

担当自治体

受理日

年

月

8

公費負担者番号

## 認定結果

[ 認定 ・ 不認定 ]

研究同意の有無

[ 有 · 無 ]

受給者番号

受給者番号 ( ) 有効期限 年 月 日

階層区分

[ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ]

保險情報

保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( )

被保險者番号 ( ) 被保險者個人單位枝番 ( )

資格取得年月日 年 月 日