

告示番号		22		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		105 重症筋無力症								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		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 (重症筋無力症) : [純粋眼筋型 ・ 潜在性全身型 ・ 全身型 (球型を含む)]															
症状	全身	症状の日内変動: [なし ・ あり] 易疲労性: [なし ・ あり] クリーゼの既往: [なし ・ あり]															
	精神・神経	嚥下障害: [なし ・ あり]															
	筋・骨格	筋力低下: 顔面: [なし ・ あり] 頸部: [なし ・ あり] 四肢: [なし ・ あり]															
		構音障害: [なし ・ あり] 咀嚼障害: [なし ・ あり]															
	呼吸器・循環器	呼吸障害: [なし ・ あり] 詳細: ()															
	眼	眼球運動障害: [なし ・ あり] 眼位異常: [なし ・ あり] 眼瞼下垂: [なし ・ 右 ・ 左 ・ 両側] 複視: [なし ・ あり]															
	その他	症状 (その他): ()															
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載																	
病型		病型 (重症筋無力症) : [純粋眼筋型 ・ 潜在性全身型 ・ 全身型 (球型を含む)]															
症状	全身	症状の日内変動: [なし ・ あり] 易疲労性: [なし ・ あり] クリーゼの既往: [なし ・ あり]															
	精神・神経	嚥下障害: [なし ・ あり]															
	筋・骨格	筋力低下: 顔面: [なし ・ あり] 頸部: [なし ・ あり] 四肢: [なし ・ あり]															
		構音障害: [なし ・ あり] 咀嚼障害: [なし ・ あり]															
	呼吸器・循環器	呼吸障害: [なし ・ あり] 詳細: ()															
	眼	眼球運動障害: [なし ・ あり] 眼位異常: [なし ・ あり] 眼瞼下垂: [なし ・ 右 ・ 左 ・ 両側] 複視: [なし ・ あり]															
	その他	症状 (その他): ()															
検査所見 (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																	
血液検査		抗アセチルコリンレセプター (AChR) 抗体: ()nmol/L・未実施 実施日: (年 月 日) 抗筋特異的チロシンキナーゼ (MuSK) 抗体: ()nmol/L・未実施 実施日: (年 月 日)															
		病源性抗体 (その他): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()															
生理機能検査		誘発電位検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 検査名: () 所見: ()															
病理検査		胸腺: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()															

