

病名	90 乳児神経軸索ジストロフィー										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)															
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] 精神運動機能の退行：[なし ・ あり]															
		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]															
		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・パーキンソニズム：[なし ・ あり ・ 不明]															
		麻痺：[なし ・ あり ・ 不明] 部位：() 詳細：()															
		運動失調：[なし ・ あり ・ 不明] 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] 筋痙直：[なし ・ あり ・ 不明]															
	その他	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] 精神運動機能の退行：[なし ・ あり]															
		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]															
		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・パーキンソニズム：[なし ・ あり ・ 不明]															
		麻痺：[なし ・ あり ・ 不明] 部位：() 詳細：()															
		運動失調：[なし ・ あり ・ 不明] 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] 筋痙直：[なし ・ あり ・ 不明]															
	その他	症状 (その他)：()															

