

病名		<b>64 遺伝性低カリウム性周期性四肢麻痺</b>						受付種別		<div><input type="checkbox"/> 継続      転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → （ ）</div>											
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（ ー ）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																					
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 ]																			
	精神・神経	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）：( )																			
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載																					
血液検査		血清K：発作時：( )mEq/L                          非発作時：( )mEq/L                          血清Mg：( )mg/dL CK：発作時：( )U/L                          非発作時：( )U/L                          TSH：( )μIU/mL free T <sub>4</sub> ：( )ng/dL                          血漿レニン活性（PRA）：( )ng/mL/hr ・ 未実施 血漿アルドステロン：( )pg/mL ・ 未実施																			
血液ガス分析		pH：( )・未実施		HCO <sub>3-</sub> ：( )・未実施		BE：( )・未実施		anion gap：( )・未実施													
生理機能検査		心電図検査：[ 未実施 ・ 実施 ]                          実施日：( 年 月 日 )                          QT延長：[ なし ・ あり ] 所見（その他）：( )																			
		運動神経伝導機能検査：[ 未実施 ・ 実施 ]                          実施日：( 年 月 日 )                          CMAP振幅・面積の低下：[ なし ・ あり ] 所見（その他）：( )																			
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：( )																			
遺伝学的検査		遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]                          実施日：( 年 月 日 ) SCN4A遺伝子異常：[ なし ・ あり ]                          CACNA1S遺伝子異常：[ なし ・ あり ] 所見：( )																			
		遺伝学的検査（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：( )		
家族歴	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ]      遺伝様式：[ 孤発例 ・ 常染色体顕性（優性） ・ 常染色体潜性（劣性） ] 詳細：( )		

経過（申請時） ※直近の状況を記載

薬物療法	アセタゾラミド：[ なし ・ あり ] 薬物療法（その他）：( )	スピロノラクトン：[ なし ・ あり ]	カリウム製剤：[ なし ・ あり ]
呼吸管理	酸素療法：[ なし ・ あり ] 気管切開管理：[ なし ・ あり ]	経鼻エアウェイ：[ なし ・ あり ] 人工呼吸管理：[ なし ・ あり ]	非侵襲的陽圧換気療法：[ なし ・ あり ]
栄養管理	経管栄養（腸瘻・胃瘻含む）：[ なし ・ あり ]	中心静脈栄養：[ なし ・ あり ]	
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		

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 <sup>2</sup> ・ 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 ( )
---------	---

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
医療機関所在地	診断年月日	年	月	日
電話番号	診療科			
	医師名			
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 日
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