

告示番号		16		神経・筋疾患		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/2	
病名		47 デュシェンヌ (Duchenne) 型筋ジストロフィー						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続      転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入   → ( )			
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) (姓名)				以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)					
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) 年                      月                      日		体重 (測定日)		kg (                      SD) 年                      月                      日		BMI			
										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 (申請時) ※直近の状況を記載													
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   ] 不随意運動: [   なし   ・  あり   ・  不明   ]                      麻痺: [   なし   ・  あり   ・  不明   ]                      嚥下障害: [   なし   ・  あり   ] 運動失調: [   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   ]									
		筋・骨格		筋緊張低下: 体幹: [   なし   ・  あり   ・  不明   ]                      四肢: [   なし   ・  あり   ・  不明   ] 筋力低下: 近位: [   なし   ・  あり   ]                      遠位: [   なし   ・  あり   ]                      体幹: [   なし   ・  あり   ] 筋緊張亢進: 体幹: [   なし   ・  あり   ・  不明   ]                      四肢: [   なし   ・  あり   ・  不明   ]									
				側彎: [   なし   ・  あり   ]                      Cobb角: (                      )度 関節拘縮: [   なし   ・  あり   ] 部位: (                      ) 関節過伸展: [   なし   ・  あり   ] 部位: (                      )									
		呼吸器・循環器		呼吸障害: [   なし   ・  あり   ] 詳細: (                      )									
				心筋障害: [   なし   ・  あり   ]									
		その他		症状 (その他): (                      )									
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査		CK: 最近1年間の最高値: (                      )U/L											
生理機能検査		脳波検査: [   未実施   ・  実施   ]                      実施日: (                      年                      月                      日   ) 所見: (                      )											
		筋電図検査: [   未実施   ・  実施   ]                      実施日: (                      年                      月                      日   ) 所見: (                      )											
病理検査		筋生検: [   未実施   ・  実施   ]                      実施日: (                      年                      月                      日   )                      ジストロフィン蛋白欠損: [   なし   ・  あり   ] 所見 (その他): (                      )											
画像検査		CTまたはMRI検査 (頭部): [   未実施   ・  実施   ]                      実施日: (                      年                      月                      日   ) 所見: (                      )											
		CTまたはMRI検査 (骨格筋): [   未実施   ・  実施   ]                      実施日: (                      年                      月                      日   ) 所見: (                      )											
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   ) ジストロフィンDNA (MLPA法): [   異常なし   ・  異常あり   ] 遺伝子検査 (その他): (                      )											
検査所見 (その他)		検査所見 (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：( )
-----	---------------------------