

告示番号		105		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		17 レット (Rett) 症候群						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)												
身体所見		小頭症 (−2.0SD以下): [なし ・ あり] 大頭症 (+2.0SD以上): [なし ・ あり] 頭囲:()cm 頭囲SD:()												
症状	全身	低身長 (−1.5SD以下): [なし ・ あり]												
	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] 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] 振戦: [なし ・ あり ・ 不明] ミオクローヌス: [なし ・ あり ・ 不明] 不随意運動 (その他): ()												
		手の常同運動: 手もみ、手をこするような動作: [なし ・ あり] 手の常同運動: 手をねじる・絞る: [なし ・ あり] 手の常同運動: 手を叩く・鳴らす: [なし ・ あり] 手の常同運動: 手を口に入れる: [なし ・ あり]												
		睡眠障害: [なし ・ あり ・ 不明] 夜間中途覚醒: [なし ・ あり] 昼間の眠気: [なし ・ あり]												
		筋・骨格	抗重力筋の緊張低下: [なし ・ あり] 詳細: ()											
			側彎: [なし ・ あり] Cobb角: ()度											
	呼吸器・循環器	呼吸障害: [なし ・ あり] 詳細: ()												
	その他	症状 (その他): ()												
	検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
生理機能検査		脳波検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()												
		睡眠ポリソムノグラフィー検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()												
画像検査		単純X線検査 (脊椎): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()												
		CT 検査 (頭部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()												
		MRI 検査 (頭部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()												
遺伝学的検査		染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()												
		遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) MECP2遺伝子異常: [なし ・ あり] CDKL5遺伝子異常: [なし ・ あり] FOXP1遺伝子異常: [なし ・ あり] 遺伝子異常 (その他): ()												
		検査所見 (その他) 検査所見 (その他): ()												

