

告示番号		69		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		72 GRIN2B関連神経発達異常症						受付種別		<div><input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名</div> <div><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 (-) 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 (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] 頭囲:()cm 頭囲SD:()											
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] 嚥下障害: [なし ・ あり] ジストニア: [なし ・ あり ・ 不明] 痙攣: [なし ・ あり] 意識障害: [なし ・ あり]											
		発達障害: [なし ・ あり ・ 不明] 自閉スペクトラム症: [なし ・ あり ・ 不明] 発達障害 (その他): ()											
		筋・骨格 筋緊張低下: [なし ・ あり ・ 不明] 骨折: [なし ・ あり] 脱臼: [なし ・ あり] 側彎: [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												
画像検査		CTまたはMRI検査 (頭部): [未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 脳室拡大: [なし ・ あり] 皮質形成異常: [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		染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 所見: ()											
		FISH: [未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 所見: ()											
		マイクロアレイ染色体検査: [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) GRIN2B遺伝子異常: [なし ・ あり] 所見: () 遺伝子異常 (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: ()											
家族歴		本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明] 詳細: ()											

受給者番号（）

患者氏名（）

2025a-001

告示番号

69

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）

2/2

経過（申請時）※直近の状況を記載

薬物療法

抗てんかん薬：[なし ・ あり]

治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]

詳細：（）

薬物療法（その他）：（）

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]

呼吸管理

酸素療法：[なし ・ あり]

非侵襲的陽圧換気療法：[なし ・ あり]

気管切開管理：[なし ・ あり]

気管挿管：[なし ・ あり]

人工呼吸管理：[なし ・ あり]

手術

手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]

実施日：（年月日）

術式：（）

所見：（）

治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]

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 ・ 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

医療機関所在地

電話番号

記載年月日

年

月

日

診断年月日

年

月

日

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