

| | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|--|---|--|---|--|-------------------------|--|-----------------|--|---|--|---------|--|
| 告示番号 | | 101 | | 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 | | 87 変形性筋ジストニー | | | | | | 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) | | | | | | | | | | | |
| 発症時期 | | 発症時期: [小児期 ・ 思春期以降] | | | | | | | | | | | |
| 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] | | | | | | | | | |
| | | | | ジストニア: [なし ・ あり ・ 不明] 部位: [全身性 ・ 局所性] | | | | | | | | | |
| その他 | | 不随意運動 (その他): () | | | | | | | | | | | |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | |
| 画像検査 | | MRI検査 (頭部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: () | | | | | | | | | | | |
| 遺伝学的検査 | | 遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) TOR1A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): () | | | | | | | | | | | |
| 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: () | | | | | | | | | | | |
| | | 常染色体優性遺伝: [なし ・ あり ・ 不明] | | | | | | | | | | | |
| 鑑別診断 | | ジストニーを来す他疾患の除外: [未実施 ・ 実施] | | | | | | | | | | | |
| 経過 (申請時) ※直近の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | |
| 薬物療法 | | ボツリヌス療法: [なし ・ あり] 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 薬物療法 (その他): () | | | | | | | | | | | |
| 手術 | | 脳深部刺激療法: [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 () | | | | | | | | | | | |

