

病名	105重症筋無力症						受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 <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)				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 )														
病型		病型(重症筋無力症)：[ 純粋眼筋型 ・ 潜在性全身型 ・ 全身型(球型を含む) ]														
症状	全身	症状の日内変動：[ なし ・ あり ] 易疲労性：[ なし ・ あり ] クリーゼの既往：[ なし ・ あり ]														
	精神・神経	嚥下障害：[ なし ・ あり ]														
	筋・骨格	筋力低下：顔面：[ なし ・ あり ] 頸部：[ なし ・ あり ] 四肢：[ なし ・ あり ]														
		構音障害：[ なし ・ あり ] 咀嚼障害：[ なし ・ あり ]														
	呼吸器・循環器	呼吸障害：[ なし ・ あり ] 詳細：( )														
	眼	眼球運動障害：[ なし ・ あり ] 眼位異常：[ なし ・ あり ] 眼瞼下垂：[ なし ・ 右 ・ 左 ・ 両側 ] 複視：[ 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		抗アセチルコリンレセプター(AChR)抗体：( )nmol/L・未実施 実施日：( 年 月 日 ) 抗筋特異的チロシンキナーゼ(MuSK)抗体：( )nmol/L・未実施 実施日：( 年 月 日 )														
		病原性抗体(その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )														
		所見：( )														
生理機能検査		誘発電位検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 検査名：( ) 所見：( )														
病理検査		胸腺：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )														
画像検査		CTまたはMRI検査(胸腺)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )														
検査所見(その他)		アイスパック試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )														
		塩酸エドロホニウム(テンシロン)試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )														
		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：( )														

