

告示番号		19		神経・筋疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2		
病名		78 重症筋無力症						受付種別		<input type="checkbox"/> 新規				
受給者番号				受診日		年 月 日								
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)								
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定				
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村				
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 %				
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日								
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 ()												
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		治癒 ・ 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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載														
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): ()												
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載														
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載														
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)												
		病源性抗体 (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: ()												

受給者番号() 患者氏名()

告示番号		19		神経・筋疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		2/2	
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）		アイスバック試験：[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）：()											
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)											
		病理性抗体（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）		アイスバック試験：[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：()											
経過（申請時） ※直近の状況を記載													
薬物療法		抗コリンエステラーゼ薬：[なし ・ あり] ステロイド薬：[なし ・ あり] γグロブリン療法：[なし ・ あり] 免疫抑制薬：[なし ・ あり] 薬剤名：()											
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]											
血液浄化		血液浄化法：[未実施 ・ 実施] 詳細：()											
手術		胸腺摘除術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 術式：() 所見：()											
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											
医療機関・医師署名													
上記の通り診断します。													
医療機関名						記載年月日 年 月 日							
医療機関住所						診療科 医師名 (印)							
						小児慢性特定疾病 指定医番号 ()							