

告示番号		16		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		45 38から44に掲げるもののほか、筋ジストロフィー (具体的な疾病名:)						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														
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] 麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] 嚥下障害: [なし ・ あり] 運動失調: [なし ・ あり ・ 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]											
	筋・骨格		筋力低下: 近位: [なし ・ あり] 遠位: [なし ・ あり] 体幹: [なし ・ あり]											
			筋緊張低下: 体幹: [なし ・ あり ・ 不明] 四肢: [なし ・ あり ・ 不明]											
			筋緊張亢進: 体幹: [なし ・ あり ・ 不明] 四肢: [なし ・ あり ・ 不明]											
			側彎: [なし ・ あり] Cobb角: ()度 関節拘縮: [なし ・ あり] 部位: () 関節過伸展: [なし ・ あり] 部位: ()											
	呼吸器・循環器		呼吸障害: [なし ・ あり] 詳細: ()											
			心筋障害: [なし ・ あり] 心伝導障害: [なし ・ あり]											
	眼		眼瞼下垂: [なし ・ 右 ・ 左 ・ 両側] 外眼筋麻痺: [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														
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] 麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] 嚥下障害: [なし ・ あり] 運動失調: [なし ・ あり ・ 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]											
	筋・骨格		筋力低下: 近位: [なし ・ あり] 遠位: [なし ・ あり] 体幹: [なし ・ あり]											
			筋緊張低下: 体幹: [なし ・ あり ・ 不明] 四肢: [なし ・ あり ・ 不明]											
			筋緊張亢進: 体幹: [なし ・ あり ・ 不明] 四肢: [なし ・ あり ・ 不明]											
			側彎: [なし ・ あり] Cobb角: ()度 関節拘縮: [なし ・ あり] 部位: () 関節過伸展: [なし ・ あり] 部位: ()											
	呼吸器・循環器		呼吸障害: [なし ・ あり] 詳細: ()											
			心筋障害: [なし ・ あり] 心伝導障害: [なし ・ あり]											
	眼		眼瞼下垂: [なし ・ 右 ・ 左 ・ 両側] 外眼筋麻痺: [なし ・ あり]											
	その他		症状 (その他): ()											

受給者番号（）患者氏名（）

告示番号

16

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

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	CK：（ <div></div> ）U/L
生理機能検査	脳波検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 所見：（ <div></div> ）
	筋電図検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 所見：（ <div></div> ）
病理検査	筋生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） α-ジストログリカンの糖鎖に対する抗体の染色性低下：[なし ・ あり] 所見（その他）：（ <div></div> ）
画像検査	CTまたはMRI検査（頭部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 所見：（ <div></div> ）
	CTまたはMRI検査（骨格筋）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 所見：（ <div></div> ）
発達・知能指数検査	発達・知能指数検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 実施時年齢：（ <div></div> 歳 <div></div> 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] DQまたはIQ値：（ <div></div> ） 検査名（その他）：（ <div></div> ）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） フクチン遺伝子異常：[なし ・ あり] 所見：（ <div></div> ）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（ <div></div> ）

検査所見（申請時）

※直近の状況を記載

血液検査	CK：（ <div></div> ）U/L
生理機能検査	脳波検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 所見：（ <div></div> ）
	筋電図検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 所見：（ <div></div> ）
病理検査	筋生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） α-ジストログリカンの糖鎖に対する抗体の染色性低下：[なし ・ あり] 所見（その他）：（ <div></div> ）
画像検査	CTまたはMRI検査（頭部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 所見：（ <div></div> ）
	CTまたはMRI検査（骨格筋）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 所見：（ <div></div> ）
発達・知能指数検査	発達・知能指数検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 実施時年齢：（ <div></div> 歳 <div></div> 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] DQまたはIQ値：（ <div></div> ） 検査名（その他）：（ <div></div> ）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） フクチン遺伝子異常：[なし ・ あり] 所見：（ <div></div> ）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（ <div></div> ）

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：（ <div></div> ）
-----	---------------------------------------

経過（申請時）

※直近の状況を記載

薬物療法	強心薬：[なし ・ あり] 利尿薬：[なし ・ あり] 薬物療法（その他）：（ <div></div> ）
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	側彎手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 術式：（ <div></div> ） 所見：（ <div></div> ）
治療	治療（その他）：（ <div></div> ）
今後の治療方針	今後の治療方針：（ <div></div> ）
	治療見込み期間（入院） 開始日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 終了日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 治療見込み期間（外来） 開始日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 終了日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 通院頻度 （ <div></div> ）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

医療機関住所

記載年月日

年

月

日

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号（）

(印)