

告示番号		3		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		21 カナバン (Canavan) 病						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													
身体所見		小頭症 (−2.0SD以下) : [なし ・ あり] 大頭症 (+2.0SD以上) : [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] 意識障害: [なし ・ あり] 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]											
		骨折: [なし ・ あり] 脱臼: [なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	呼吸障害: [なし ・ あり] 詳細: ()											
その他	症状 (その他): ()												
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
身体所見		小頭症 (−2.0SD以下) : [なし ・ あり] 大頭症 (+2.0SD以上) : [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] 意識障害: [なし ・ あり] 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]											
		骨折: [なし ・ あり] 脱臼: [なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	呼吸障害: [なし ・ あり] 詳細: ()											
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													
尿検査		尿中N-acetyl-aspartate (NAA) : [未実施 ・ 正常 ・ 増加 (正常上限の20倍未満) ・ 著増 (正常上限の20倍以上) ・ 減少]											
生理機能検査		脳波検査: [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	3	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																		
生理機能検査	神経伝導検査：[未実施 ・ 実施]												実施日：（		年	月	日	）												
	所見：（																	）												
	聴性脳幹反応（ABR）検査：[未実施 ・ 実施]												実施日：（		年	月	日	）												
	所見：（																	）												
病理検査	皮膚線維芽細胞aspartoacylase（ASPA）活性：[未実施 ・ 正常 ・ 上昇 ・ 低下]																													
画像検査	CTまたはMRI検査（頭部）：[未実施 ・ 実施]												実施日：（		年	月	日	）												
	所見：（																	）												
	CTまたはMRI検査：[未実施 ・ 実施]												実施日：（		年	月	日	）												
	部位：（																	）												
	所見：（																	）												
	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	）						
発達・知能指数検査	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													遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]		実施日：（		年	月	日	）	ASPA遺伝子異常：[なし ・ あり]			）					
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（																													
	検査所見（申請時） ※直近の状況を記載																													
尿検査	尿中N-acetyl-aspartate（NAA）：[未実施 ・ 正常 ・ 増加（正常上限の20倍未満） ・ 著増（正常上限の20倍以上） ・ 減少]																													
生理機能検査	脳波検査：[未実施 ・ 実施]												実施日：（		年	月	日	）												
	所見：（																	）												
	神経伝導検査：[未実施 ・ 実施]												実施日：（		年	月	日	）												
	所見：（																	）												
	聴性脳幹反応（ABR）検査：[未実施 ・ 実施]												実施日：（		年	月	日	）												
	所見：（																	）												
病理検査	皮膚線維芽細胞aspartoacylase（ASPA）活性：[未実施 ・ 正常 ・ 上昇 ・ 低下]																													
画像検査	CTまたはMRI検査（頭部）：[未実施 ・ 実施]												実施日：（		年	月	日	）												
	所見：（																	）												
	CTまたはMRI検査：[未実施 ・ 実施]												実施日：（		年	月	日	）												
	部位：（																	）												
	所見：（																	）												
	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	）						
発達・知能指数検査	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													遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]		実施日：（		年	月	日	）	ASPA遺伝子異常：[なし ・ あり]			）					
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：（																													
	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]												強心薬：[なし ・ あり]		利尿薬：[なし ・ あり]															
栄養管理	薬物療法（その他）：（																													
	経管栄養（腸嚢・胃嚢含む）：[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	てんかん外科手術：[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	）	通院頻度：（	
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（																	