

告示番号		39		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		35 脊髄性筋萎縮症						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													
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]											
		深部腱反射：上肢：[正常 ・ 減弱 ・ 消失]						下肢：[正常 ・ 減弱 ・ 消失]					
	筋・骨格	筋緊張低下：体幹：[なし ・ あり ・ 不明]						四肢：[なし ・ あり ・ 不明]					
		筋力低下：近位：[なし ・ あり]						遠位：[なし ・ あり]		体幹：[なし ・ あり]			
		筋萎縮：近位：[なし ・ あり]						遠位：[なし ・ あり]		体幹：[なし ・ あり]			
		筋緊張亢進：体幹：[なし ・ あり ・ 不明]						四肢：[なし ・ あり ・ 不明]					
		線維束性攣縮：手指：[なし ・ あり]						舌：[なし ・ あり]					
		側彎：[なし ・ あり] Cobb角：()度											
	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													
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]											
		深部腱反射：上肢：[正常 ・ 減弱 ・ 消失]						下肢：[正常 ・ 減弱 ・ 消失]					
	筋・骨格	筋緊張低下：体幹：[なし ・ あり ・ 不明]						四肢：[なし ・ あり ・ 不明]					
		筋力低下：近位：[なし ・ あり]						遠位：[なし ・ あり]		体幹：[なし ・ あり]			
		筋萎縮：近位：[なし ・ あり]						遠位：[なし ・ あり]		体幹：[なし ・ あり]			
		筋緊張亢進：体幹：[なし ・ あり ・ 不明]						四肢：[なし ・ あり ・ 不明]					
		線維束性攣縮：手指：[なし ・ あり]						舌：[なし ・ あり]					
		側彎：[なし ・ あり] Cobb角：()度											
	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													
血液検査		CK：これまでの最高値：()U/L											
生理機能検査		筋電図検査：[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		39		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	
病理検査		筋生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()											
画像検査		CTまたはMRI検査（骨格筋）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
発達・知能指数検査		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) 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) Survival motor neuron (SMN) 遺伝子異常：[なし ・ あり] Neuronal apoptosis inhibitory protein (NAIP) 遺伝子異常：[なし ・ あり] Small EDK-rich factor 1 (SERF1) 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）：()											
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載													
血液検査		CK：最近1年間の最高値：()U/L											
生理機能検査		筋電図検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
病理検査		筋生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()											
画像検査		CTまたはMRI検査（骨格筋）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
発達・知能指数検査		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) 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) Survival motor neuron (SMN) 遺伝子異常：[なし ・ あり] Neuronal apoptosis inhibitory protein (NAIP) 遺伝子異常：[なし ・ あり] Small EDK-rich factor 1 (SERF1) 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：()											
経過（申請時） ※直近の状況を記載													
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]											
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 ()											