

告示番号		46		神経・筋疾患		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/2	
病名		36 先天性無痛無汗症						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名			
受給者番号				受診日		年 月 日				<input type="checkbox"/> 転入 → ( )			
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 (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 ] 運動失調：[ なし ・ あり ・ 不明 ]											
		深部腱反射消失：右上肢：[ なし ・ あり ] 右下肢：[ なし ・ あり ] 左上肢：[ なし ・ あり ] 左下肢：[ なし ・ あり ] 詳細：( )											
		感覚鈍麻または消失：右上肢：[ なし ・ あり ] 右下肢：[ なし ・ あり ] 左上肢：[ なし ・ あり ] 左下肢：[ なし ・ あり ] 詳細：( )											
		異常感覚または疼痛：右上肢：[ なし ・ あり ] 右下肢：[ なし ・ あり ] 左上肢：[ なし ・ あり ] 左下肢：[ なし ・ あり ] 詳細：( )											
		筋・骨格	筋力低下：[ なし ・ あり ] 関節拘縮：[ なし ・ あり ]										
			筋量低下：[ なし ・ あり ] 詳細：( )										
	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 ]							
	骨変形：[ なし ・ あり ]					骨折：[ なし ・ あり ]							
	その他	発汗障害：[ なし ・ あり ] 体温調節異常：[ なし ・ あり ] 乳児期からの咬傷：[ なし ・ あり ] 症状 (その他)：( )											
	検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載												
	生理機能検査		神経伝導検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 正中: median：部位／運動：[ 左 ・ 右 ] 伝導速度：( )m/s 遠位潜時：( )ms 振幅：( )mv 尺骨: ulnar：部位／運動：[ 左 ・ 右 ] 伝導速度：( )m/s 遠位潜時：( )ms 振幅：( )mv 脛骨: tibial：部位／運動：[ 左 ・ 右 ] 伝導速度：( )m/s 遠位潜時：( )ms 振幅：( )mv 腓腹: sural：部位／感覚：[ 左 ・ 右 ] 伝導速度：( )m/s 遠位潜時：( )ms 振幅：( )μV										
病理検査		神経生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：( ) 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 ) NTRK1遺伝子異常：[ なし ・ あり ] NGFB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)：( )											

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	46	神経・筋疾患	(	)	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉	2/2
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	ビタミン薬：[ なし ・ あり ]                      筋弛緩薬：[ なし ・ あり ] 薬物療法（その他）：( )						
栄養管理	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 ]						
リハビリテーション	理学療法：[ 未実施 ・ 実施 ]                      補装具の使用：[ なし ・ あり ]						
手術	整形外科的手術：[ 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	( )		