

告示番号		71		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		64 乳児神経軸索ジストロフィー						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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 (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] 精神運動機能の退行：[なし ・ あり]											
		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]											
		不随意運動：[なし ・ あり ・ 不明] ジストニア：[なし ・ あり ・ 不明] ジストニア・パーキンソニズム：[なし ・ あり ・ 不明]											
		麻痺：[なし ・ あり ・ 不明] 部位：() 詳細：()											
		運動失調：[なし ・ あり ・ 不明] 詳細：()											
	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]											
		筋固縮：[なし ・ あり ・ 不明] 筋痙直：[なし ・ あり ・ 不明]											
	その他	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	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：()												
	筋電図検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()												
画像検査	MRI検査 (頭部)：[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：()												
眼科学的検査	眼科学的検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()												
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) PLA2G6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	71	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	薬物療法：[なし ・ あり] 詳細：()								
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)
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						
医療機関住所			年 月 日						
			診療科						
			医師名						
			(印)						
			小児慢性特定疾病 指定医番号 ()						