

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|---------------------------|---|--|----------------------|--|-----------------------|---------------|-----------------------------|--|
| 告示番号 | | 77 | | 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 | | 64 変形性筋ジストニー | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | |
| 発症時期 | | 発症時期：[小児期 ・ 思春期以降] | | | | | | | | | | | |
| 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] | | | | | | | | | | | |
| | ジストニア：[なし ・ あり ・ 不明] 部位：[全身性 ・ 局所性] | | | | | | | | | | | | |
| 不随意運動 (その他)：() | | | | | | | | | | | | | |
| その他 | | 症状 (その他)：() | | | | | | | | | | | |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | |
| 発症時期 | | 発症時期：[小児期 ・ 思春期以降] | | | | | | | | | | | |
| 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] | | | | | | | | | | | |
| | ジストニア：[なし ・ あり ・ 不明] 部位：[全身性 ・ 局所性] | | | | | | | | | | | | |
| 不随意運動 (その他)：() | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | |
| 画像検査 | | MRI 検査 (頭部)：[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) TOR1A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 | | | | | | | | | | | | | |
| 画像検査 | | MRI 検査 (頭部)：[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) TOR1A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：() | | | | | | | | | | | |
| 家族歴 | | 本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 詳細：() | | | | | | | | | | | |
| | | 常染色体優性遺伝：[なし ・ あり ・ 不明] | | | | | | | | | | | |
| 鑑別診断 | | ジストニーを来す他疾患の除外：[未実施 ・ 実施] | | | | | | | | | | | |

受給者番号() 患者氏名()

| | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|--|--|--|--------|--|-----|--|----|--|-----------------------|--|-----|--|
| 告示番号 | | 77 | | 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 | |
| 経過（申請時） ※直近の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | |
| 薬物療法 | | ボツリヌス療法：[なし ・ あり] 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 薬物療法（その他）：() | | | | | | | | | | | |
| 手術 | | 脳深部刺激療法：[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) 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 | | | | | | | | | | | |
| | | 小児慢性特定疾病 指定医番号 () (印) | | | | | | | | | | | |