

病名	54 ミニコア病										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														
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]												
		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]												
		筋力低下：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]												
		側彎：[なし ・ あり] Cobb角：()度 関節拘縮：[なし ・ あり] 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：() 心筋障害：[なし ・ あり]												
		眼	眼瞼下垂：[なし ・ 右 ・ 左 ・ 両側] 外眼筋麻痺：[なし ・ あり]											
	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]												
		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]												
		筋力低下：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]												
		側彎：[なし ・ あり] Cobb角：()度 関節拘縮：[なし ・ あり] 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：() 心筋障害：[なし ・ あり]												
		眼	眼瞼下垂：[なし ・ 右 ・ 左 ・ 両側] 外眼筋麻痺：[なし ・ あり]											
	その他	症状 (その他)：()												

受給者番号（		患者氏名（														
告示番号	53	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						
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	脳波検査：[未実施 ・ 実施]					実施日：（					年	月	日	）		
	所見：（											）				
筋電図検査	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	）		
所見（その他）：（											）					
画像検査	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（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	）		
所見：（											）					
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：これまでの最高値：（										）U/L					
生理機能検査	脳波検査：[未実施 ・ 実施]					実施日：（					年	月	日	）		
	所見：（											）				
筋電図検査	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	）		
所見（その他）：（											）					
画像検査	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（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	）		
所見：（											）					
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	強心薬：[なし ・ あり]					利尿薬：[なし ・ あり]										
薬物療法（その他）：（											）					
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（					）						