

病名	53 マルチコア病										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		51		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：[ 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：[ 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（ ）											