

告示番号		76		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〉	
病名		65 瀬川病						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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI	
										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											
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] 鬱病：[なし ・ あり]									
		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] 症状の日内変動：[なし ・ あり ・ 不明]									
		不随意運動 (その他)：()									
		その他 症状 (その他)：()									
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載											
モノアミン代謝産物 (髄液)		モノアミン代謝産物 (髄液)：[未実施 ・ 実施] ホモバニリン酸 (HVA) の低下：[なし ・ あり] 5-ヒドロキシ酢酸 (5HIAA) の低下：[なし ・ あり]									
プテリジン分析 (髄液)		プテリジン分析 (髄液)：[未実施 ・ 実施] ネオプテリンの低下：[なし ・ あり] ビオプテリンの低下：[なし ・ あり]									
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) GCH1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]									
経過 (申請時) ※直近の状況を記載											
薬物療法		L-dopa：[なし ・ あり] 薬物療法 (その他)：()									
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 ()									