

| 告示番号 | 3 | 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 | 24 カナバン (Canavan) 病 | | | | 受付種別 | <input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → () |
| 保険情報 | 保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日 | | | | | |
| 氏名 | (セイメイ) (姓名) | | 以前の登録氏名 (変更のある場合) | | (セイメイ) (姓名) | |
| 住所 | 郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 () | | | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | | | | 性別 | 男性 ・ 女性 ・ 性別未決定 |
| 出生地 | 都道府県 () 市区町村 () | | | | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎 週 日 | | | |
| 発症時期 | 年 月 頃 | | 記載時の年齢 | 満 歳 か月 日 | | |
| 現在の身長・体重 | 身長 (測定日) | cm (SD) | | 体重 (測定日) | kg (SD) | |
| | | 年 月 日 | 年 月 日 | | BMI | % |
| 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 | 治療 ・ 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 | | | | | | |
| 最終受診日 | (年 月 日) | | | | | |
| 身体所見 | 小頭症 (-2.0SD以下): [なし ・ あり] 大頭症 (+2.0SD以上): [なし ・ あり] 頭囲:()cm 頭囲SD:() | | | | | |
| 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] | | | | |
| | 意識障害: [なし ・ あり] 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] | | | |
| | 筋緊張亢進 : 体幹: [なし ・ あり ・ 不明] | | 四肢: [なし ・ あり ・ 不明] | | | |
| | 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: () | | | | | |
| その他 | 症状 (その他): () | | | | | |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載 | | | | | | |
| 尿検査 | 尿中N-acetyl-aspartate (NAA): [未実施 ・ 正常 ・ 増加 (正常上限の20倍未満) ・ 著増 (正常上限の20倍以上) ・ 減少] | | | | | |
| 生理機能検査 | 脳波検査: [未実施 ・ 実施] | | 実施日: (年 月 日) | | | |
| | 神経伝導検査: [未実施 ・ 実施] | | 実施日: (年 月 日) | | | |
| | 聴性脳幹反応 (ABR) 検査: [未実施 ・ 実施] | | 実施日: (年 月 日) | | | |
| 病理検査 | 皮膚線維芽細胞中aspartoacylase (ASPA) 活性: [未実施 ・ 正常 ・ 上昇 ・ 低下] | | | | | |
| 画像検査 | CTまたはMRI検査 (頭部): [未実施 ・ 実施] | | 実施日: (年 月 日) | | | |
| | CTまたはMRI検査: [未実施 ・ 実施] | | 実施日: (年 月 日) | | | |
| 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) | | ASPA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: () | | |
| 経過 (申請時) ※直近の状況を記載 | | | |
| 薬物療法 | 抗てんかん薬: [なし ・ あり] | 強心薬: [なし ・ あり] | 利尿薬: [なし ・ あり] |
| 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] | | |
| 手術 | てんかん外科手術: [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 | | |
| 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 () | | |
| 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 |
| 医療機関所在地 | | 診断年月日 | 年 月 日 |
| 電話番号 | | 診療科 | |
| | | 医師名 | |
| | | 小児慢性特定疾病 指定医番号 () | |

・ 診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

| | |
|---------|---|
| 行政記載欄 | |
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年 月 日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [認定 ・ 不認定] |
| 研究同意の有無 | [有 ・ 無] |
| 受給者番号 | 受給者番号 () 有効期限 年 月 日 |
| 階層区分 | [生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他] |
| 保険情報 | 保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日 |