

告示番号		2		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〉		1/3	
病名		27 アレキサンダー (Alexander) 病						受付種別		☐ 新規			
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)				以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
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)				BMI	
			年 月 日					年 月 日				肥満度	%
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 (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													
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):()												
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
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 (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													
生理機能検査		脳波検査:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()											
		神経伝導検査:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()											

