

告示番号		40		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	42 脊髄性筋萎縮症							受付種別	<input type="checkbox"/> 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 )												
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 ]												
	深部腱反射: 上肢: [ 正常 ・ 減弱 ・ 消失 ]					下肢: [ 正常 ・ 減弱 ・ 消失 ]							
	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 ]					
		筋萎縮: 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 ]						
		線維束性攣縮: 手指: [ なし ・ あり ]					舌: [ なし ・ あり ]						
側彎: [ なし ・ あり ] Cobb角: ( )度					関節拘縮: [ なし ・ あり ] 部位: ( )								
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													
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 ]												
	深部腱反射: 上肢: [ 正常 ・ 減弱 ・ 消失 ]					下肢: [ 正常 ・ 減弱 ・ 消失 ]							
	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 ]					
		筋萎縮: 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 ]						
		線維束性攣縮: 手指: [ なし ・ あり ]					舌: [ なし ・ あり ]						
側彎: [ なし ・ あり ] Cobb角: ( )度					関節拘縮: [ なし ・ あり ] 部位: ( )								
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													
血液検査	CK: これまでの最高値: ( )U/L												
生理機能検査	筋電図検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )												
所見: ( )													

告示番号 **40** 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) **2/3**

病理検査	筋生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：( ) 所見：( )
画像検査	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 ) Survival motor neuron (SMN) 遺伝子異常：[ なし ・ あり ] Neuronal apoptosis inhibitory protein (NAIP) 遺伝子異常：[ なし ・ あり ] Small EDRK-rich factor 1 (SERF1) 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)：( )

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	CK：最近1年間の最高値：( )U/L
生理機能検査	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 ) 部位：( ) 所見：( )
画像検査	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 ) Survival motor neuron (SMN) 遺伝子異常：[ なし ・ あり ] Neuronal apoptosis inhibitory protein (NAIP) 遺伝子異常：[ なし ・ あり ] Small EDRK-rich factor 1 (SERF1) 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

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
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。

告示番号	40	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)	3/3
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					