

告示番号		45		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	44 遺伝性運動感覚ニューロパチー							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)		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	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] 運動失調: [なし ・ あり ・ 不明]											
		深部腱反射消失: 右上肢: [なし ・ あり] 右下肢: [なし ・ あり] 左上肢: [なし ・ あり] 左下肢: [なし ・ あり]											
		詳細: ()											
	感覚鈍麻または消失: 右上肢: [なし ・ あり] 右下肢: [なし ・ あり] 左上肢: [なし ・ あり] 左下肢: [なし ・ あり]												
	詳細: ()												
	異常感覚または疼痛: 右上肢: [なし ・ あり] 右下肢: [なし ・ あり] 左上肢: [なし ・ あり] 左下肢: [なし ・ あり]												
	詳細: ()												
	筋・骨格	筋力低下: [なし ・ あり] 関節拘縮: [なし ・ あり]											
		筋量低下: [なし ・ あり]											
詳細: ()													
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]													
骨変形: [なし ・ あり] 骨折: [なし ・ あり] 凹足 (Pes cavus): [なし ・ あり]													
シャンパンボトル様下肢: [なし ・ あり]													
その他	発汗障害: [なし ・ あり] 体温調節異常: [なし ・ あり] 乳児期からの咬傷: [なし ・ あり]												
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	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] 運動失調: [なし ・ あり ・ 不明]											
		深部腱反射消失: 右上肢: [なし ・ あり] 右下肢: [なし ・ あり] 左上肢: [なし ・ あり] 左下肢: [なし ・ あり]											
		詳細: ()											
	感覚鈍麻または消失: 右上肢: [なし ・ あり] 右下肢: [なし ・ あり] 左上肢: [なし ・ あり] 左下肢: [なし ・ あり]												
	詳細: ()												
	異常感覚または疼痛: 右上肢: [なし ・ あり] 右下肢: [なし ・ あり] 左上肢: [なし ・ あり] 左下肢: [なし ・ あり]												
	詳細: ()												
	筋・骨格	筋力低下: [なし ・ あり] 関節拘縮: [なし ・ あり]											
		筋量低下: [なし ・ あり]											
詳細: ()													
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]													
骨変形: [なし ・ あり] 骨折: [なし ・ あり] 凹足 (Pes cavus): [なし ・ あり]													
シャンパンボトル様下肢: [なし ・ あり]													
その他	発汗障害: [なし ・ あり] 体温調節異常: [なし ・ あり] 乳児期からの咬傷: [なし ・ あり]												
症状 (その他): ()													

告示番号 45 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
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	神経伝導検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 正中: median: 部位/運動: [左 ・ 右] 伝導速度: ()m/s 遠位潜時: ()ms 振幅: ()mv 尺骨: ulnar: 部位/運動: [左 ・ 右] 伝導速度: ()m/s 遠位潜時: ()ms 振幅: ()mv 脛骨: tibial: 部位/運動: [左 ・ 右] 伝導速度: ()m/s 遠位潜時: ()ms 振幅: ()mv 腓腹: sural: 部位/感覚: [左 ・ 右] 伝導速度: ()m/s 遠位潜時: ()ms 振幅: ()μV	
病理検査	神経生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 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		
生理機能検査	神経伝導検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 正中: median: 部位/運動: [左 ・ 右] 伝導速度: ()m/s 遠位潜時: ()ms 振幅: ()mv 尺骨: ulnar: 部位/運動: [左 ・ 右] 伝導速度: ()m/s 遠位潜時: ()ms 振幅: ()mv 脛骨: tibial: 部位/運動: [左 ・ 右] 伝導速度: ()m/s 遠位潜時: ()ms 振幅: ()mv 腓腹: sural: 部位/感覚: [左 ・ 右] 伝導速度: ()m/s 遠位潜時: ()ms 振幅: ()μV	
病理検査	神経生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 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	ビタミン薬: [なし ・ あり] 筋弛緩薬: [なし ・ あり] 薬物療法 (その他): ()	
栄養管理	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]	
リハビリテーション	理学療法: [未実施 ・ 実施] 補装具の使用: [なし ・ あり]	
手術	整形外科的手術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: () 所見: ()	
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