

病名	46 遺伝性運動感覚ニューロパチー										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)																
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): ()															

