

告示番号 <b>16</b>		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	50 メロシン欠損型先天性筋ジストロフィー			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	治癒 ・ 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 )					
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 ]					
	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 ]		
筋力低下: 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 ]				
側彎: [ なし ・ あり ]		Cobb角: ( ) 度				
呼吸器・循環器	関節拘縮: [ なし ・ あり ] 部位: ( )					
	関節過伸展: [ なし ・ あり ] 部位: ( )					
	呼吸障害: [ なし ・ あり ]					
その他	詳細: ( )					
	心筋障害: [ なし ・ あり ]					
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	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 ) 伝導速度: [ 正常 ・ 遅延 ]			
所見 (その他): ( )						
病理検査	誘発電位検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )					
	検査名: ( )					
所見: ( )						
画像検査	筋生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )					
	メロシン (ラミン $\alpha$ 2) の染色性の欠損あるいは著減: [ なし ・ あり ]					
所見 (その他): ( )						
画像検査	CTまたはMRI検査 (頭部): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )					
	所見: ( )					
CTまたはMRI検査 (骨格筋): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )						
所見: ( )						

告示番号 **16** 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) **2/2**

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 ) LAMA2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	強心薬：[ なし ・ あり ] 利尿薬：[ なし ・ あり ] 薬物療法(その他)：( )		
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	側彎手術：[ 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