

告示番号	49	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	55 ネマリニンミオパチー				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)		BMI
		年 月 日	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 (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		関節拘縮: [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: ()						
眼	心筋障害: [なし ・ あり]						
	眼瞼下垂: [なし ・ 右 ・ 左 ・ 両側]			外眼筋麻痺: [なし ・ あり]			
その他	症状 (その他): ()						
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載							
血液検査	CK: これまでの最高値: ()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: ()						
病理検査	筋電図検査: [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)			
	所見 (その他): ()						
画像検査	MRI検査 (頭部): [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)			
	所見: ()						
発達・知能指数検査	CTまたはMRI検査 (骨格筋): [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)			
	所見: ()						
遺伝学的検査	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・ビナー式 ・ WPPSI ・ WISC ・ WAIS-R ・ 新版K式 ・ K-ABC ・ 遠城寺式 ・ KIDS ・ その他]						
検査所見 (その他)	検査名 (その他): ()						
	DQまたはIQ値: ()						
検査所見 (その他)	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): ()						

告示番号 49 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	
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]
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