

告示番号		8		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		64 遺伝性低カリウム性周期性四肢麻痺								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)													
病型		病型 (遺伝性低カリウム性周期性四肢麻痺) : [遺伝性低カリウム性周期性四肢麻痺 ・ Andersen-Tawil症候群] 病型 (その他) : ()													
症状	筋・骨格	骨折 : [なし ・ あり] 脱臼 : [なし ・ あり]													
		麻痺発作 : [なし ・ あり] 発作持続時間 : [一過性 ・ 数十分~数時間 ・ 数時間~数日] 誘因 : 運動 : [なし ・ あり ・ 不明] 安静 : [なし ・ あり ・ 不明] カリウム含有量の多い食物 (果物など) : [なし ・ あり ・ 不明] 寒冷 : [なし ・ あり ・ 不明] 高炭水化物食 : [なし ・ あり ・ 不明] ストレス : [なし ・ あり ・ 不明] その他 : ()													
		発作間欠期の筋力低下 : [なし ・ あり] ミオパチー : [なし ・ あり] 骨格異常 : [なし ・ あり]													
		嚥下障害 : [なし ・ あり]													
		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]													
	精神・神経	麻痺 : [なし ・ あり] 痙攣 : [なし ・ あり] 意識障害 : [なし ・ あり]													
		呼吸器・循環器													
		呼吸障害 : [なし ・ あり] 詳細 : ()													
	その他	体温調節異常 : [なし ・ あり] 症状 (その他) : ()													
	臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載														
病型		病型 (遺伝性低カリウム性周期性四肢麻痺) : [遺伝性低カリウム性周期性四肢麻痺 ・ Andersen-Tawil症候群] 病型 (その他) : ()													
症状	筋・骨格	骨折 : [なし ・ あり] 脱臼 : [なし ・ あり]													
		麻痺発作 : [なし ・ あり] 発作持続時間 : [一過性 ・ 数十分~数時間 ・ 数時間~数日] 誘因 : 運動 : [なし ・ あり ・ 不明] 安静 : [なし ・ あり ・ 不明] カリウム含有量の多い食物 (果物など) : [なし ・ あり ・ 不明] 寒冷 : [なし ・ あり ・ 不明] 高炭水化物食 : [なし ・ あり ・ 不明] ストレス : [なし ・ あり ・ 不明] その他 : ()													
		発作間欠期の筋力低下 : [なし ・ あり] ミオパチー : [なし ・ あり] 骨格異常 : [なし ・ あり]													
		嚥下障害 : [なし ・ あり]													
		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]													
	精神・神経	麻痺 : [なし ・ あり] 痙攣 : [なし ・ あり] 意識障害 : [なし ・ あり]													
		呼吸器・循環器													
		呼吸障害 : [なし ・ あり] 詳細 : ()													

上記の通り診断します。

医療機関名

医療機関所在地

電話番号

記載年月日

年

月

11

診断年月日

年

月

11

診療科

醫師名

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