

病名		64 遺伝性低カリウム性周期性四肢麻痺				受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 () ☐ 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)				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 (ー) 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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										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)											
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]											
	呼吸器・循環器	麻痺 : [なし ・ あり] 痙攣 : [なし ・ あり] 意識障害 : [なし ・ あり]											
		呼吸器障害 : [なし ・ あり] 詳細 : ()											
		その他											
	体温調節異常 : [なし ・ あり] 症状 (その他) : ()												
	検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載												
血液検査		血清K : 発作時 : ()mEq/L 非発作時 : ()mEq/L 血清Mg : ()mg/dL CK : 発作時 : ()U/L 非発作時 : ()U/L TSH : ()μIU/mL free T ₄ : ()ng/dL 血漿レニン活性 (PRA) : ()ng/mL/hr ・ 未実施 血漿アルドステロン : ()pg/mL ・ 未実施											
血液ガス分析		pH : () ・ 未実施 HCO ₃ - : () ・ 未実施 BE : () ・ 未実施 anion gap : () ・ 未実施											
生理機能検査		心電図検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) QT延長 : [なし ・ あり] 所見 (その他) : ()											
		運動神経伝導機能検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) CMAP振幅・面積の低下 : [なし ・ あり] 所見 (その他) : ()											
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) SCN4A遺伝子異常 : [なし ・ あり] CACNA1S遺伝子異常 : [なし ・ あり] 所見 : ()											
		遺伝学的検査 (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：()		
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 詳細：()		
	遺伝様式：[孤発例 ・ 常染色体顕性（優性） ・ 常染色体潜性（劣性）]		

経過（申請時） ※直近の状況を記載

薬物療法	アセタゾラミド：[なし ・ あり] 薬物療法（その他）：()	スピロノラクトン：[なし ・ あり]	カリウム製剤：[なし ・ あり]
呼吸管理	酸素療法：[なし ・ あり] 気管切開管理：[なし ・ あり]	経鼻エアウェイ：[なし ・ あり] 人工呼吸管理：[なし ・ あり]	非侵襲的陽圧換気療法：[なし ・ あり]
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]	
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 ² ・ 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