

告示番号		29		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	78 ウンフェルリヒト・ルントボルク (Unverricht-Lundborg) 病							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	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]												
	麻痺: [なし・あり・不明] 運動失調: [なし・あり・不明]												
	てんかん: ミオクローニー発作: [なし・あり]			頻度: [日単位・週単位・月単位・年単位]									
	ミオクローニー発作以外のてんかん発作: [なし・あり]			頻度: [日単位・週単位・月単位・年単位]									
	てんかん発作の誘発: 光による: [なし・あり]			音による: [なし・あり]			動作による: [なし・あり]						
	てんかん発作の誘因 (その他): ()												
	精神症状: [なし・あり] 詳細: ()												
筋・骨格	不随意運動: [なし・あり・不明]			ミオクローヌス: [なし・あり・不明]									
	不随意運動 (その他): ()												
筋・骨格	筋緊張低下: 体幹: [なし・あり・不明]			四肢: [なし・あり・不明]									
	筋緊張亢進: 体幹: [なし・あり・不明]			四肢: [なし・あり・不明]									
呼吸器・循環器	呼吸障害: [なし・あり] 詳細: ()												
その他	症状 (その他): ()												
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
生理機能検査	脳波検査: [未実施・実施] 実施日: (年 月 日) 光刺激による突発波の誘発: [なし・あり]												
	所見: ()												
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: ()												
病理検査	生検: [未実施・実施] 実施日: (年 月 日) 部位: ()												
画像検査	所見: ()												
	CT検査 (頭部): [未実施・実施]												
	CT検査: [未実施・実施] 実施日: (年 月 日) 部位: ()												
	所見: ()												
画像検査	MRI検査 (頭部): [未実施・実施] 実施日: (年 月 日)												
	所見: ()												
	画像検査 (その他): [未実施・実施] 実施日: (年 月 日) 部位: ()												
	所見: ()												
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) CSTB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): ()												

告示番号	29	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	抗てんかん薬: [なし ・ あり] 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 詳細: ()						
	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	てんかん外科手術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日)						
	術式: () 所見: () 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]						
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