

告示番号		32		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		84 ラフォラ (Lafora) 病						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) 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)											
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] 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): ()											
	呼吸器・ 循環器	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]											
その他	呼吸障害: [なし ・ あり]												
	詳細: ()												
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: ()											
画像検査		生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: ()											
		所見: ()											
		CT検査 (頭部): [未実施 ・ 実施]											
		所見: ()											
発達・知能指数検査		CT検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: ()											
		所見: ()											
		MRI検査 (頭部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)											
		所見: ()											
遺伝学的検査		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: [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]											
発達・知能指数検査		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)											
		EPM2A遺伝子異常: [なし ・ あり] EPM2B遺伝子異常: [なし ・ あり]											
遺伝学的検査		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	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）：（ ）									
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 （ ）					

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