

告示番号		92		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	85 乳児神経軸索ジストロフィー							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	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]											
		精神運動機能の退行: [なし・あり]											
		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]											
		不随意運動: [なし・あり・不明]											
	ジストニア: [なし・あり・不明] ジストニア・パーキンソニズム: [なし・あり・不明]												
	麻痺: [なし・あり・不明] 部位: ()												
詳細: ()													
運動失調: [なし・あり・不明]													
詳細: ()													
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]							
	筋固縮: [なし・あり・不明]					筋痙直: [なし・あり・不明]							
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)		所見: ()								
	神経伝導検査: [未実施・実施]		実施日: (年 月 日)		所見: ()								
	筋電図検査: [未実施・実施]		実施日: (年 月 日)		所見: ()								
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	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 月)		検査名: [田中・ピネー式・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: ()		
眼科学的検査	眼科学的検査: [未実施・実施]		実施日: (年 月 日)		所見: ()								
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施・実施]		実施日: (年 月 日)		PLA2G6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 92 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	薬物療法:[なし ・ あり] 詳細:()
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