

告示番号		20		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	100 重症筋無力症							受付種別	<input type="checkbox"/> 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 (重症筋無力症): [ 純粋眼筋型 ・ 潜在性全身型 ・ 全身型 (球型を含む) ]												
症状	全身	症状の日内変動: [ なし ・ あり ]			易疲労性: [ なし ・ あり ]			クリーゼの既往: [ なし ・ あり ]					
	精神・神経	嚥下障害: [ なし ・ あり ]											
	筋・骨格	筋力低下: 顔面: [ なし ・ あり ]			頸部: [ なし ・ あり ]			四肢: [ なし ・ あり ]					
		構音障害: [ なし ・ あり ]			咀嚼障害: [ なし ・ あり ]								
	呼吸器・循環器	呼吸障害: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )											
	眼	眼球運動障害: [ なし ・ あり ]			眼位異常: [ なし ・ あり ]			眼瞼下垂: [ なし ・ 右 ・ 左 ・ 両側 ]					
その他	複視: [ 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 (重症筋無力症): [ 純粋眼筋型 ・ 潜在性全身型 ・ 全身型 (球型を含む) ]												
症状	全身	症状の日内変動: [ なし ・ あり ]			易疲労性: [ なし ・ あり ]			クリーゼの既往: [ なし ・ あり ]					
	精神・神経	嚥下障害: [ なし ・ あり ]											
	筋・骨格	筋力低下: 顔面: [ なし ・ あり ]			頸部: [ なし ・ あり ]			四肢: [ なし ・ あり ]					
		構音障害: [ なし ・ あり ]			咀嚼障害: [ なし ・ あり ]								
	呼吸器・循環器	呼吸障害: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )											
	眼	眼球運動障害: [ なし ・ あり ]			眼位異常: [ なし ・ あり ]			眼瞼下垂: [ なし ・ 右 ・ 左 ・ 両側 ]					
その他	複視: [ なし ・ あり ] 症状 (その他): ( )												
検査所見 (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													
血液検査	抗アセチルコリンレセプター (AChR) 抗体: ( ) nmol/L ・ 未実施		実施日: ( 年 月 日 )										
	抗筋特異的チロシンキナーゼ (MuSK) 抗体: ( ) nmol/L ・ 未実施		実施日: ( 年 月 日 )										
	病原性抗体 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ]			実施日: ( 年 月 日 )									
	所見: ( )												
生理機能検査	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	胸腺: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )										
	所見: ( )												

画像検査	CTまたはMRI検査 (胸腺): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 所見:( )		
検査所見 (その他)	アイスパック試験:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 所見:( )		
	塩酸エドロホニウム (テンシロン) 試験:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 所見:( )		
	検査所見 (その他):( )		
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載			
血液検査	抗アセチルコリンレセプター (AChR) 抗体:( )nmol/L・未実施 実施日:( 年 月 日 )		
	抗筋特異的チロシンキナーゼ (MuSK) 抗体:( )nmol/L・未実施 実施日:( 年 月 日 )		
生理機能検査	病理性抗体 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 所見:( )		
	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	胸腺:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 所見:( )		
画像検査	CTまたはMRI検査 (胸腺): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 所見:( )		
検査所見 (その他)	アイスパック試験:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 所見:( )		
	塩酸エドロホニウム (テンシロン) 試験:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 所見:( )		
	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	抗コリンエステラーゼ薬 : [ なし ・ あり ] ステロイド薬:[ なし ・ あり ] γグロブリン療法:[ なし ・ あり ] 免疫抑制薬:[ なし ・ あり ] 薬剤名:( )		
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 ]		
血液浄化	血液浄化法:[ 未実施 ・ 実施 ] 詳細:( )		
手術	胸腺摘除術:[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日:( 年 月 日 ) 術式:( ) 所見:( )		
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