

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 (継続申請用)		1/2	
病名	100 重症筋無力症							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)												
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	症状 (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)								
	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): ()												
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] 免疫抑制薬 : [なし ・ あり] 薬剤名 : ()	ステロイド薬 : [なし ・ あり]	γグロブリン療法 : [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]	
呼吸管理	酸素療法 : [なし ・ あり] 気管挿管 : [なし ・ あり]	非侵襲的陽圧換気療法 : [なし ・ あり] 人工呼吸管理 : [なし ・ あり]	気管切開管理 : [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] 術式 : () 所見 : ()	実施日 : (年 月 日)	
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