

告示番号		22		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		105 重症筋無力症							受付種別		☐ 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) 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] 複視 : [なし ・ あり]											
	その他	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] 複視 : [なし ・ あり]											
	その他	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)											
		病源性抗体 (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 : ()											

