告示番号 74 **神経･筋疾患　　平成（　　）年度 小児慢性特定疾病　医療意見書**

受給者番号（　　）	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 （転出地：　　）				
患者	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日	平成　　年　　月　　日（満　　歳）	
出生都道府県※1		出生体重	g	出生週数	在胎　　週
現在の身長※2	.　　cm	現在の体重※2	.　　kg	母の生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日
発病	年　　月 頃	初診日	年　　月　　日		
大分類病名	20 変形性筋ジストニー	細分類病名	55 変形性筋ジストニー		

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入

※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

1.臨床所見

現在の症状

該当するものに○をつけ、必要な場合には（ ）内に記載

ジストニー　（ なし ・ あり → 全身性 ・ 局所性 ）
常染色体優性遺伝性　（ なし ・ あり ）
小児期～若年成人期発症　（ なし ・ あり ）
ジストニー以外の神経症状　（ なし ・ あり → 詳細：　　）

2.検査所見

診断の根拠となった主な検査等の結果

該当するものに○をつけ、必要な場合には（ ）内に記載

TOR1A 遺伝子検査　（ 未実施 ・ 実施※ ）
※実施の場合 → 検査年齢　（　　）歳
所見　（　　）

頭部MRI　（ 未実施 ・ 実施※ ）
※実施の場合 → 検査年齢　（　　）歳
所見　（　　）

ジストニーをきたす他疾患の除外　（ 未実施 ・ 実施※ ）
※実施の場合 → 検査名　（　　）
所見　（　　）

3.その他の所見

その他の現在の所見など

合併症　（ なし ・ あり → 詳細：　　）

4. 経 過

現在の治療

該当する治療法を選択
（ ボツリヌス治療 ・ 脳深部刺激療法 ）

過去の主な治療・検査など

5. 今後の療法方針

就学･就労	1. 就学前　2. 小中学校（通常学級・ 通級 ・ 特別支援学級）　3. 特別支援学校（小中学部 ・ 専攻科を含む高等部） 4. 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　5. 大学（短期大学を含む）　6. 就労（就学中の就労も含む） 7. 未就学かつ未就労　8. その他（　　）						
現状評価	一つに○印 ： 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当： しない ・ する ・ 不明　　人工呼吸器等装着者認定基準に該当： しない ・ する ・ 不明						
治療見込期間	入院	年	月	日 から	年	月	日 まで
	通院	年	月	日 から	年	月	日 まで　（ 月　　回 ）

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

科

平成　　年　　月　　日　　医師名　　印

小児慢性特定疾病指定医番号