

告示番号		23		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		30 重症筋無力症		細分類病名		70 重症筋無力症			
臨床型		以下から1つを選択 <input type="checkbox"/> 純粋眼筋型 <input type="checkbox"/> 潜在性全身型 <input type="checkbox"/> 全身型（球型を含む）							
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 眼瞼下垂 （ なし ・ あり ） 複視・眼球運動障害・眼位異常 （ なし ・ あり → 詳細： ） 易疲労性 （ なし ・ あり ） 筋力低下 （ なし ・ あり → 部位： ） 嚥下障害 （ なし ・ あり ） 咀嚼障害 （ なし ・ あり ） 呼吸障害 （ なし ・ あり → 程度： ） 呼吸器の使用 （ なし ・ あり ）								
2.検査所見									
主 診 断 の 根 拠 と な っ た 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 エドロフォニウムテスト （ 未実施 ・ 実施 → 検査年齢 （ ）歳 所見 （ ） ） アイスバック法 （ 未実施 ・ 実施 → 検査年齢 （ ）歳 所見 （ ） ） 誘発筋電図 （ 未実施 ・ 実施 → 検査年齢 （ ）歳 所見 （ ） ） 抗アセチルコリン受容体抗体 （ 未実施 ・ 実施 → 検査年齢 （ ）歳、（ ）nmol/L その他の抗体 （ 未実施 ・ 実施 → 検査名 （ ） 所見 （ ） ） 胸腺画像検査 （ 未実施 ・ 実施※ → CT検査 ・ MRI検査 ） ※実施の場合 → 検査年齢 （ ）歳 所見 （ ） 胸腺摘出・病理 （ 未実施 ・ 実施 → 検査年齢 （ ）歳 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 （ 抗コリンエステラーゼ薬 ・ ステロイド ・ 免疫抑制薬 ・ 胸腺摘除術 ・ 免疫グロブリン静注療法 ・ 血液浄化療法 ・ 気管切開管理 ・ 経管栄養 ・ その他（ ） ）								
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 平成 年 月 日 医師名 科 印 小児慢性特定疾病指定医番号									

※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