

告示番号		45		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〉		1/2	
病名		37 遺伝性運動感覚ニューロパチー								受付種別		<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)							
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村			
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 %			
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日							
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 ()											
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 (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													
症状	精神・神経	移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明] 不随意運動：[なし ・ あり ・ 不明] 麻痺：[なし ・ あり ・ 不明] 運動失調：[なし ・ あり ・ 不明]											
		深部腱反射消失：右上肢：[なし ・ あり] 右下肢：[なし ・ あり] 左上肢：[なし ・ あり] 左下肢：[なし ・ あり] 詳細：()											
		感覚鈍麻または消失：右上肢：[なし ・ あり] 右下肢：[なし ・ あり] 左上肢：[なし ・ あり] 左下肢：[なし ・ あり] 詳細：()											
		異常感覚または疼痛：右上肢：[なし ・ あり] 右下肢：[なし ・ あり] 左上肢：[なし ・ あり] 左下肢：[なし ・ あり] 詳細：()											
	筋・骨格	筋力低下：[なし ・ あり] 関節拘縮：[なし ・ あり]											
		筋量低下：[なし ・ あり] 詳細：()											
		筋緊張低下：体幹：[なし ・ あり ・ 不明] 四肢：[なし ・ あり ・ 不明]											
		筋緊張亢進：体幹：[なし ・ あり ・ 不明] 四肢：[なし ・ あり ・ 不明]											
		骨変形：[なし ・ あり] 骨折：[なし ・ あり] 凹足 (Pes cavus)：[なし ・ あり] シャンパンボトル様下肢：[なし ・ あり]											
	その他	発汗障害：[なし ・ あり] 体温調節異常：[なし ・ あり] 乳児期からの咬傷：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()											
	臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載												
	症状	精神・神経	移動障害：[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明] 不随意運動：[なし ・ あり ・ 不明] 麻痺：[なし ・ あり ・ 不明] 運動失調：[なし ・ あり ・ 不明]										
深部腱反射消失：右上肢：[なし ・ あり] 右下肢：[なし ・ あり] 左上肢：[なし ・ あり] 左下肢：[なし ・ あり] 詳細：()													
感覚鈍麻または消失：右上肢：[なし ・ あり] 右下肢：[なし ・ あり] 左上肢：[なし ・ あり] 左下肢：[なし ・ あり] 詳細：()													
異常感覚または疼痛：右上肢：[なし ・ あり] 右下肢：[なし ・ あり] 左上肢：[なし ・ あり] 左下肢：[なし ・ あり] 詳細：()													
筋・骨格		筋力低下：[なし ・ あり] 関節拘縮：[なし ・ あり]											
		筋量低下：[なし ・ あり] 詳細：()											
		筋緊張低下：体幹：[なし ・ あり ・ 不明] 四肢：[なし ・ あり ・ 不明]											
		筋緊張亢進：体幹：[なし ・ あり ・ 不明] 四肢：[なし ・ あり ・ 不明]											
		骨変形：[なし ・ あり] 骨折：[なし ・ あり] 凹足 (Pes cavus)：[なし ・ あり] シャンパンボトル様下肢：[なし ・ あり]											
その他		発汗障害：[なし ・ あり] 体温調節異常：[なし ・ あり] 乳児期からの咬傷：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()											

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		45		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〉		2/2	
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													
生理機能検査	神経伝導検査：[未実施 ・ 実施]			実施日：(年 月 日)									
	正中: median: 部位／運動: [左 ・ 右]			伝導速度: ()m/s			遠位潜時: ()ms		振幅: ()mv				
	尺骨: ulnar: 部位／運動: [左 ・ 右]			伝導速度: ()m/s			遠位潜時: ()ms		振幅: ()mv				
	脛骨: tibial: 部位／運動: [左 ・ 右]			伝導速度: ()m/s			遠位潜時: ()ms		振幅: ()mv				
	腓腹: sural: 部位／感覚: [左 ・ 右]			伝導速度: ()m/s			遠位潜時: ()ms		振幅: ()μV				
病理検査	神経生検: [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)			部位: ()						
	所見: ()												
発達・知能指数検査	発達・知能指数検査: [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)			実施時年齢: (歳 か月)						
	検査名: [田中・ビネー式 ・ WPPSI ・ WISC ・ WAIS-R ・ 新版K式 ・ K-ABC ・ 遠城寺式 ・ KIDS ・ その他]												
	検査名 (その他): ()												
DQまたはIQ値: ()													
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)									
	所見: ()												
検査所見 (その他)		検査所見 (その他): ()											
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載													
生理機能検査	神経伝導検査: [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)									
	正中: median: 部位／運動: [左 ・ 右]			伝導速度: ()m/s			遠位潜時: ()ms		振幅: ()mv				
	尺骨: ulnar: 部位／運動: [左 ・ 右]			伝導速度: ()m/s			遠位潜時: ()ms		振幅: ()mv				
	脛骨: tibial: 部位／運動: [左 ・ 右]			伝導速度: ()m/s			遠位潜時: ()ms		振幅: ()mv				
	腓腹: sural: 部位／感覚: [左 ・ 右]			伝導速度: ()m/s			遠位潜時: ()ms		振幅: ()μV				
病理検査	神経生検: [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)			部位: ()						
	所見: ()												
発達・知能指数検査	発達・知能指数検査: [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)			実施時年齢: (歳 か月)						
	検査名: [田中・ビネー式 ・ WPPSI ・ WISC ・ WAIS-R ・ 新版K式 ・ K-ABC ・ 遠城寺式 ・ KIDS ・ その他]												
	検査名 (その他): ()												
DQまたはIQ値: ()													
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)									
	所見: ()												
検査所見 (その他)		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	ビタミン薬: [なし ・ あり]			筋弛緩薬: [なし ・ あり]									
	薬物療法 (その他): ()												
栄養管理	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]									
リハビリテーション	理学療法: [未実施 ・ 実施] 補装具の使用: [なし ・ あり]												
手術	整形外科的手術: [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			
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	
医療機関住所				診療科								(印)	
				医師名									
				小児慢性特定疾病 指定医番号 ()									