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〈継続申請用〉

病名	105 重症筋無力症	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 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（　　ー　　）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] 複視：[なし ・ あり]
	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：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

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〈継続申請用〉**　

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　]　ステロイド薬：[　なし　・　あり　]　γグロブリン療法：[　なし　・　あり　] 免疫抑制薬：[　なし　・　あり　]　薬剤名：(　　)
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　]　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　]
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　]　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
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