

告示番号		58		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		76 多発性硬化症							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															
病型		病型 (多発性硬化症): [再発寛解型 ・ 一次性慢性進行型 ・ 二次性慢性進行型 ・ 視神経脊髄炎 ・ その他] 病型 (その他): ()													
症状	精神・神経	精神発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 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] てんかん: [なし ・ あり] 意識の変容または行動変化: [なし ・ あり ・ 不明] 精神症状: [なし ・ あり] 不随意運動: [なし ・ あり ・ 不明] 嚥下障害: [なし ・ あり] 病的反射: [なし ・ あり] 腱反射亢進: [なし ・ あり] 表在感覚障害: [なし ・ あり] 深部感覚障害: [なし ・ あり]													
		麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] 部位: () 詳細: ()													
		運動失調: [なし ・ あり ・ 不明] 詳細: ()													
		筋・骨格	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] 構音障害: [なし ・ あり] 難治性吃逆: [なし ・ あり]												
			呼吸器・循環器 呼吸障害: [なし ・ あり] 詳細: ()												
			腎・泌尿器 排尿障害: [なし ・ あり]												
		消化器 排便障害: [なし ・ あり]													
		眼 視力障害: [なし ・ あり] 部位: [左 ・ 右 ・ 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 (多発性硬化症): [再発寛解型 ・ 一次性慢性進行型 ・ 二次性慢性進行型 ・ 視神経脊髄炎 ・ その他] 病型 (その他): ()											
		症状・経過		臨床象: [単相性 ・ 多相性 ・ 慢性進行性]											
再発: [なし ・ あり] 過去1年間の再発回数: () 回／年															
神経症状評価尺度 (EDSS): [0 ・ 1 ・ 1.5 ・ 2 ・ 2.5 ・ 3 ・ 3.5 ・ 4 ・ 4.5 ・ 5.5 ・ 6 ・ 6.5 ・ 7 ・ 7.5 ・ 8 ・ 8.5 ・ 9 ・ 9.5 ・ 10]															
これまで脱随事象: [なし ・ あり] 回数: () 回 ADEM様事象: [なし ・ あり]															
症状	精神・神経	精神発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 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] てんかん: [なし ・ あり] 意識の変容または行動変化: [なし ・ あり ・ 不明] 精神症状: [なし ・ あり] 不随意運動: [なし ・ あり ・ 不明] 嚥下障害: [なし ・ あり] 病的反射: [なし ・ あり] 腱反射亢進: [なし ・ あり] 表在感覚障害: [なし ・ あり] 深部感覚障害: [なし ・ あり]													
		麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] 部位: () 詳細: ()													
		運動失調: [なし ・ あり ・ 不明] 詳細: ()													
		筋・骨格	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] 構音障害: [なし ・ あり] 難治性吃逆: [なし ・ あり]												
			呼吸器・循環器 呼吸障害: [なし ・ あり] 詳細: ()												

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		58		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	
症状	腎・泌尿器	排尿障害：[なし ・ あり]											
	消化器	排便障害：[なし ・ あり]											
	眼	視力障害：[なし ・ あり]				部位：[左 ・ 右 ・ 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		血清アルブミン：()g/dL				血清IgG：()mg/dL				AQP4抗体：[陰性 ・ 陽性]			
髄液検査		細胞数：()/μL アルブミン：()g/dL				総蛋白：()mg/dL・未実施 IgG：()mg/dL				オリゴクローナルバンド：[なし ・ あり] IgG index：()			
生理機能検査		誘発電位検査：[未実施 ・ 実施] 検査名：() 所見：()				実施日：(年 月 日)							
画像検査		MRI検査（頭部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 大脳病変：[なし ・ あり] ガドリニウム造影効果：[なし ・ あり] 部位：() 小脳病変：[なし ・ あり] ガドリニウム造影効果：[なし ・ あり] 脳幹病変：[なし ・ あり] ガドリニウム造影効果：[なし ・ あり] 視神経病変：[なし ・ あり] ガドリニウム造影効果：[なし ・ あり] 所見（その他）：()											
		MRI検査（脊髄）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 脊髄病変：[なし ・ あり] ガドリニウム造影効果：[なし ・ あり] 所見（その他）：()											
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：()											
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													
血液検査		血清アルブミン：()g/dL				血清IgG：()mg/dL				AQP4抗体：[陰性 ・ 陽性]			
髄液検査		細胞数：()/μL アルブミン：()g/dL				総蛋白：()mg/dL・未実施 IgG：()mg/dL				オリゴクローナルバンド：[なし ・ あり] IgG index：()			
生理機能検査		誘発電位検査：[未実施 ・ 実施] 検査名：() 所見：()				実施日：(年 月 日)							
画像検査		MRI検査（頭部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 大脳病変：[なし ・ あり] ガドリニウム造影効果：[なし ・ あり] 部位：() 小脳病変：[なし ・ あり] ガドリニウム造影効果：[なし ・ あり] 脳幹病変：[なし ・ あり] ガドリニウム造影効果：[なし ・ あり] 視神経病変：[なし ・ あり] ガドリニウム造影効果：[なし ・ あり] 所見（その他）：()											
		MRI検査（脊髄）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 脊髄病変：[なし ・ あり] ガドリニウム造影効果：[なし ・ あり] 所見（その他）：()											
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：()											
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		ステロイド薬：[なし ・ あり] ステロイドパルス療法 ：[なし ・ あり] インターフェロンβ：[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：()											
血液浄化		アフエレスシス：[未実施 ・ 実施]											
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 医師名 (印) 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()											