

告示番号		75		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		77 慢性炎症性脱髄性多発神経炎								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・経過		再発性または慢性進行性の経過：[ なし ・ あり ] 期間：( )か月											
症状	精神・神経	不随意運動：振戦：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 深部腱反射：[ 正常 ・ 低下 ・ 消失 ] 部位：( ) 表在感覚障害：[ なし ・ あり ] 深部感覚障害：[ なし ・ あり ]											
		脳神経障害：[ なし ・ あり ] 詳細：( )											
		異常感覚：[ なし ・ あり ] 部位：( ) 詳細：( )											
		感覚性運動失調：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 部位：( ) 詳細：( )											
		自律神経障害：発汗異常：[ なし ・ あり ] 瞳孔異常：[ なし ・ あり ] 排尿排便障害：[ なし ・ あり ]											
	筋・骨格	筋力低下：[ なし ・ あり ] 詳細：( )											
		筋萎縮：[ なし ・ あり ] 詳細：( )											
	呼吸器・循環器	呼吸障害：[ なし ・ あり ] 詳細：( )											
	その他	症状 (その他)：( )											
	臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載												
	症状・経過		再発性または慢性進行性の経過：[ なし ・ あり ] 期間：( )か月										
症状	精神・神経	不随意運動：振戦：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 深部腱反射：[ 正常 ・ 低下 ・ 消失 ] 部位：( ) 表在感覚障害：[ なし ・ あり ] 深部感覚障害：[ なし ・ あり ]											
		脳神経障害：[ なし ・ あり ] 詳細：( )											
		異常感覚：[ なし ・ あり ] 部位：( ) 詳細：( )											
		感覚性運動失調：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 部位：( ) 詳細：( )											
		自律神経障害：発汗異常：[ なし ・ あり ] 瞳孔異常：[ なし ・ あり ] 排尿排便障害：[ なし ・ あり ]											
	筋・骨格	筋力低下：[ なし ・ あり ] 詳細：( )											
		筋萎縮：[ なし ・ あり ] 詳細：( )											
	呼吸器・循環器	呼吸障害：[ なし ・ あり ] 詳細：( )											
	その他	症状 (その他)：( )											

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		75		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													
髄液検査		細胞数：( )/μL				総蛋白：( )mg/dL・未実施				髄液検査（その他）：( )			
生理機能検査		神経伝導検査：[ 未実施 ・ 実施 ]				実施日：( 年 月 日 )				部位：( )			
		伝導速度の低下：[ なし ・ あり ]				伝導ブロック：[ なし ・ あり ]				時間的分散：[ なし ・ あり ]			
		遠位潜時の延長：[ なし ・ あり ]				F波の欠如：[ なし ・ あり ]				F波最短潜時の延長：[ なし ・ あり ]			
		2本以上の運動神経で上記異常：[ なし ・ あり ]											
		所見（その他）：( )											
画像検査		MRI検査（脊髄）：[ 未実施 ・ 実施 ]				実施日：( 年 月 日 )				神経根または馬尾の肥厚や造影効果：[ なし ・ あり ]			
		所見（その他）：( )											
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													
髄液検査		細胞数：( )/μL				総蛋白：( )mg/dL・未実施				髄液検査（その他）：( )			
生理機能検査		神経伝導検査：[ 未実施 ・ 実施 ]				実施日：( 年 月 日 )				部位：( )			
		伝導速度の低下：[ なし ・ あり ]				伝導ブロック：[ なし ・ あり ]				時間的分散：[ なし ・ あり ]			
		遠位潜時の延長：[ なし ・ あり ]				F波の欠如：[ なし ・ あり ]				F波最短潜時の延長：[ なし ・ あり ]			
		2本以上の運動神経で上記異常：[ なし ・ あり ]											
		所見（その他）：( )											
画像検査		MRI検査（脊髄）：[ 未実施 ・ 実施 ]				実施日：( 年 月 日 )				神経根または馬尾の肥厚や造影効果：[ なし ・ あり ]			
		所見（その他）：( )											
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：( )							
鑑別診断		① 全身性疾患（糖尿病、アミロイドーシス、膠原病、血管炎、悪性腫瘍、多発性骨髄腫、中枢神経系脱髄疾患、HIV感染症、サルコイドーシス）による末梢神経障害の除外：[ 未実施 ・ 実施 ]				② 末梢神経障害を起こす薬物への暴露の除外：[ 未実施 ・ 実施 ]				③ 末梢神経障害を起こす毒物への暴露の除外：[ 未実施 ・ 実施 ]			
		④ 末梢神経障害を起こす遺伝性疾患の除外：[ 未実施 ・ 実施 ]											
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 ]				プレドニゾン換算投与量：( )mg/日				免疫抑制薬：[ なし ・ あり ] 薬剤名：( )			
		γグロブリン療法：[ なし ・ あり ]				投与量：( )g/日				投与日数（一か月あたり）：( )日/月			
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		血漿交換療法：単純血漿交換療法（PE）：[ 未実施 ・ 実施 ]				二重濾過血漿交換療法（DFPP）：[ 未実施 ・ 実施 ]				血漿吸着療法（PA）：[ 未実施 ・ 実施 ]			
		血漿交換療法（その他）：( )											
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				( )					