

告示番号		17		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〉		1/2	
病名		73 痙攣重積型（二相性）急性脳症								受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()	
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		治療 ・ 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													
症 状		全身		経口摂取困難：[なし ・ あり] 体重増加不良：[なし ・ あり]									
		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] 片麻痺：[なし ・ あり ・ 不明] 仮性球麻痺：[なし ・ あり ・ 不明] 運動障害：詳細：()									
				発達障害：[なし ・ あり ・ 不明] 自閉スペクトラム症：[なし ・ あり ・ 不明] 注意欠如多動症：[なし ・ あり ・ 不明] 限局性学習症：[なし ・ あり ・ 不明] 発達障害 (その他)：()									
				てんかん：[なし ・ あり] コントロール：[良好 ・ 不良]									
				呼吸器・循環器		呼吸困難：[なし ・ あり] 反復する下気道感染：[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													
生理機能検査		脳波検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
画像検査		CT 検査 (頭部)：発病1か月以降：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
		MRI 検査 (頭部)：発病1か月以降：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 皮質下病変：[なし ・ あり] 所見 (その他)：()											
		SPECT 検査 (脳血流)：発病1か月以降：[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：()											
家族歴		本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 患児との続柄：()											
経過 (申請時) ※直近の状況を記載													
薬物療法		抗てんかん薬：[なし ・ あり] 薬物療法 (その他)：()											
栄養管理		経管栄養 (腸嚢・胃嚢含む)：[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]											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	17	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〉										2/2
手術	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						
						医師名				(印)		
						小児慢性特定疾病 指定医番号		()		