

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〈継続申請用〉		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"/> 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													
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)：()											
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]											

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〈継続申請用〉		2/2	
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 ()											