

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------------|--|-------------------------------------|--|---------------|---|--|----------------------|--|-----------------------|---------------|-----------------------------|--|
| 告示番号 | | 78 | | 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 | | 80 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 | | 78 | | 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 | | | | () | | | |