

告示番号		1		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		93 亜急性硬化性全脳炎						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		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] 精神運動機能の遅行: [なし ・ あり] 性格変化: [なし ・ あり] 行動異常: [なし ・ あり] 麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] 運動失調: [なし ・ あり ・ 不明]										
				てんかん: [なし ・ あり] 発作型: () 頻度: [日単位 ・ 週単位 ・ 月単位 ・ 年単位] 失発作または転倒発作: [なし ・ あり]										
				意識障害: [なし ・ あり] 詳細: ()										
				不随意運動: [なし ・ あり ・ 不明] ミオクローヌス: [なし ・ あり ・ 不明] 不随意運動 (その他): ()										
		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: [なし ・ あり ・ 不明] 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												
		血液検査		血清アルブミン: () g/dL 血清IgG: () mg/dL										
髄液検査		アルブミン: () g/dL IgG: () mg/dL IgG index: ()												
生理機能検査		脳波検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 周期性同期性放電: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()												
感染症免疫学的検査		血液		麻疹ウイルス抗体価 (NT): () 倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価 (PA): () 倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価 (HI): () 倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価 (CF): () 倍・未実施 麻疹ウイルスIgG (EIA): () ・未実施										
				麻疹ウイルス抗体価 (NT): () 倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価 (PA): () 倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価 (HI): () 倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価 (CF): () 倍・未実施 麻疹ウイルスIgG (EIA): () ・未実施										
画像検査		CT検査 (頭部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()												
		MRI検査 (頭部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()												
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): ()												

2021a-001

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			
	小児慢性特定疾病 指定医番号	()