

告示番号 <b>38</b>		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	1 髄膜脳瘤			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	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							
身体所見	小頭症(-2.0SD以下):[ なし・あり ] 大頭症(+2.0SD以上):[ なし・あり ] 水頭症:[ なし・あり ] 頭囲:( )cm 頭囲SD:( ) 頭部の瘤:[ なし・あり ] 部位:( ) 大きさ:( ) 髄液漏出:[ なし・あり ]						
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 ] 意識障害:[ なし・あり ] 不随意運動:[ なし・あり・不明 ] 嚥下障害:[ なし・あり ] 水頭症症状:[ なし・あり ] 運動失調:[ なし・あり・不明 ]					
		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 ] 発作型:( ) 頻度:[ 日単位・週単位・月単位・年単位 ]					
		麻痺:[ なし・あり・不明 ] 部位:( ) 詳細:( )					
		感覚障害:知覚低下:[ なし・あり・不明 ] 知覚過敏:[ なし・あり・不明 ] 疼痛:[ なし・あり・不明 ] 感覚障害(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:体幹:[ なし・あり・不明 ] 四肢:[ なし・あり・不明 ]					
		脊椎変形:[ なし・あり ] 詳細:( )					
		四肢変形:[ なし・あり ] 部位:( ) 骨折:[ なし・あり ] 部位:( ) 脱臼:[ なし・あり ] 部位:( )					
	呼吸器・循環器	呼吸障害:[ なし・あり ] 詳細:( )					
腎・泌尿器	排尿障害:尿失禁:[ なし・あり ] 間欠導尿:[ なし・あり ] 排尿障害(その他):( )						
消化器	排便障害:[ なし・あり ] 詳細:( )						
皮膚・粘膜	褥瘡:[ なし・あり ]						
その他	症状(その他):( )						

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	
画像検査	単純X線検査 (頭部): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	CT検査 (頭部): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	CT検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( ) 所見: ( )
	MRI検査 (頭部): [ 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): ( )
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
画像検査	単純X線検査 (頭部): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	CT検査 (頭部): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	CT検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( ) 所見: ( )
	MRI検査 (頭部): [ 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: ( )
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 ]
排泄管理	自己導尿: [ なし ・ あり ] 便秘治療: [ なし ・ あり ]
褥瘡管理	褥瘡管理: [ なし ・ あり ]
手術	水頭症手術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 術式: ( ) 所見: ( )
	脳・頭蓋手術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 術式: ( ) 所見: ( )
	脊椎・下肢手術: [ 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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )