

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 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()