

病名	<b>1 髄膜脳瘤</b>				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	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	
<b>臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>							
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: ( )						
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 ]						
	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 ): ( )						
<b>検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>							
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: ( )
----	--

手術	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: ( )
----	---

手術	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: ( )
---------	--------------

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	(      )		