

告示番号		39		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	2 脊髄髄膜瘤							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		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:() キアリ奇形:[なし・あり] 症状:[非症候性・症候性] 腰背部の瘤:[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:()												
	単純X線検査(脊椎):[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:()												

告示番号	39	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
画像検査	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: ()				
MRI検査 (脊髄): [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: ()				
	単純X線検査 (脊椎): [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: ()				
MRI検査 (脊髄): [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: ()					
脊髄手術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日: (年 月 日)				
	術式: ()				
所見: ()					
尿路変更手術: [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
医療機関住所					年 月 日
診療科					
医師名					
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()					