

告示番号 **37** 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	3 脊髄脂肪腫			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)	
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	BMI	%
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]				
		痙攣: [なし ・ あり] 意識障害: [なし ・ あり] 嚥下障害: [なし ・ あり]				
		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]				
	筋・骨格	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: ()				
呼吸器・循環器	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: ()					
呼吸器・循環器	四肢変形: [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 (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: ()					
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: ()					
画像検査	MRI検査 (頭部): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)			
	所見: ()					
画像検査	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 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 ()