

告示番号		54		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)		1/3	
病名	4 仙尾部奇形腫							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
保険情報	保険者番号 ( )		被保険者記号 ( )		被保険者番号 ( )		被保険者個人単位枝番 ( )						
	資格取得年月日		年	月	日								
氏名	(セイメイ) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓名)						
住所	郵便番号 ( - )		都道府県 ( )		市区町村 ( )		丁目番地等 ( )						
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定						
出生地	都道府県 ( )		市区町村 ( )										
出生体重	g		出生週数	在胎 週		日							
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢	満	歳	か		月	日		
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	肥満度	%			
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	治療 ・ 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													
最終受診日	( 年 月 日 )												
病型	Altman分類: [ I ・ II ・ III ・ IV ]												
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 ] 四肢麻痺: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 低酸素脳症: [ なし ・ あり ]											
	筋・骨格	運動障害 (下肢): [ なし ・ あり ] 詳細: ( )											
	腎・泌尿器	排尿障害: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )											
	消化器	排便障害: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )											
	その他	症状 (その他): ( )											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
病型	Altman分類: [ I ・ II ・ III ・ IV ]												
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 ] 四肢麻痺: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 低酸素脳症: [ なし ・ あり ]											
	筋・骨格	運動障害 (下肢): [ なし ・ あり ] 詳細: ( )											
	腎・泌尿器	排尿障害: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )											
	消化器	排便障害: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )											
	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													
血液検査	α-フェトプロテイン (AFP): ( )ng/mL ・ 未実施												
病理検査	生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 成熟奇形腫: [ なし ・ あり ] 未熟奇形腫: [ なし ・ あり ] 悪性奇形腫: [ なし ・ あり ] 所見 (その他): ( )												

告示番号	54	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)	2/3
画像検査	超音波検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	部位: ( ) 所見: ( )		
	CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	部位: ( ) 所見: ( )		
	MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	部位: ( ) 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					
血液検査	α-フェトプロテイン (AFP): ( )ng/mL・未実施				
病理検査	生検: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	成熟奇形腫: [ なし ・ あり ]		
	未熟奇形腫: [ なし ・ あり ]	悪性奇形腫: [ なし ・ あり ]	所見 (その他): ( )		
画像検査	超音波検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	部位: ( ) 所見: ( )		
	CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	部位: ( ) 所見: ( )		
	MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	部位: ( ) 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	薬物療法: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )				
排泄管理	自己導尿: [ なし ・ あり ]	腎瘻: [ なし ・ あり ]	膀胱瘻: [ なし ・ あり ]	人工肛門: [ なし ・ あり ]	
	洗腸: [ なし ・ あり ]	洗腸: [ なし ・ あり ]			
リハビリテーション	理学療法: [ 未実施 ・ 実施 ] 補装具の使用: 下肢装具: [ なし ・ あり ] 車椅子: [ なし ・ あり ]				
手術	手術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]	実施日: ( 年 月 日 )	術式: ( ) 所見: ( )		
	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)	
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 ( )				
	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
医療機関所在地	診断年月日		年	月	日
電話番号	診療科		医師名		
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )				

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[ 認定 ・ 不認定 ]
研究同意の有無	[ 有 ・ 無 ]
受給者番号	受給者番号 ( ) 有効期限 年 月 日
階層区分	[ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ]
保険情報	保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( ) 資格取得年月日 年 月 日