

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 (継続申請用)		1/2	
病名	4 仙尾部奇形腫							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)			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(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(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] 未成熟奇形腫:[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]			
	浣腸:[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：()
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 ()