

告示番号 81 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

Form with multiple sections: 病名 (5 滑脳症), 受給者番号, 受診日, 受付種別, 新規, フリガナ, 氏名, 生年月日, 出生体重, 現在の身長・体重, 発病時期, 就学・就労状況, 手帳取得状況, 現状評価, 臨床所見 (診断時), 臨床所見 (申請時), 検査所見 (診断時), 血液検査, 生理機能検査, 感染症免疫学的検査, 画像検査.

告示番号 **81** 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**

発達・知能指数検査	発達・知能指数検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 実施時年齢: (歳 か月)		
	検査名: [田中・ビネー式 ・ WPPSI ・ WISC ・ WAIS-R ・ 新版K式 ・ K-ABC ・ 遠城寺式 ・ KIDS ・ その他]		
	検査名 (その他): ()		
	DQまたはIQ値: ()		
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()		
	FISH (17番染色体LIS1領域): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()		
	遺伝子検査: [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			
血液検査	内分泌学的検査: [未実施 ・ 実施] 所見: ()		
生理機能検査	脳波検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()		
感染症免疫学的検査	臍帯血	サイトメガロウイルスIgM (EIA): () ・ 未実施	
		サイトメガロウイルスDNA (PCR): [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 実施日: (年 月 日)	
	尿	サイトメガロウイルスDNA (PCR): [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 実施日: (年 月 日)	
	血液	サイトメガロウイルスIgM (EIA): () ・ 未実施	
		サイトメガロウイルスDNA (PCR): [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 実施日: (年 月 日)	
	唾液	サイトメガロウイルスDNA (PCR): [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 実施日: (年 月 日)	
	髄液	サイトメガロウイルスDNA (PCR): [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ・ 不明] 実施日: (年 月 日)	
感染症免疫学的検査	ウイルス検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()		
画像検査	CTまたはMRI検査 (頭部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 無脳回: [なし ・ あり] 厚脳回: [なし ・ あり] 単純脳回: [なし ・ あり] 丸石様異形成: [なし ・ あり] 多小脳回: [なし ・ あり] 孔脳症: [なし ・ あり] 脳室拡大: [なし ・ あり] 水無脳症: [なし ・ あり] 脳梁欠損: [なし ・ あり] 透明中隔欠損: [なし ・ あり] 橋小脳低形成: [なし ・ あり] Chiari奇形: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()		
発達・知能指数検査	発達・知能指数検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 実施時年齢: (歳 か月)		
	検査名: [田中・ビネー式 ・ WPPSI ・ WISC ・ WAIS-R ・ 新版K式 ・ K-ABC ・ 遠城寺式 ・ KIDS ・ その他]		
	検査名 (その他): ()		
	DQまたはIQ値: ()		
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()		
	FISH (17番染色体LIS1領域): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()		
	遺伝子検査: [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	合併奇形: [なし ・ あり] 詳細: () 合併症 (その他): ()		
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]		
褥瘡管理	褥瘡管理: [なし ・ あり]		
リハビリテーション	理学療法: [未実施 ・ 実施] リハビリテーション (その他): ()		
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	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 ()		