

病名	5 滑脳症					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		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								
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] 頭囲:()cm 頭囲SD:()							
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]						
		嚥下障害: [なし・あり]						
	呼吸器・循環器	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]						
	呼吸障害: [なし・あり] SpO ₂ (非補助時):()%							
詳細:()								
眼	眼症状: [なし・あり] 詳細:()							
耳鼻咽喉	聴力障害: [なし・あり] 聴力(右):()dB 聴力(左):()dB							
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	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	髄帯血	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)						
		サイトメガロウイルスIgM (EIA): () ・ 未実施						
	血液	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)						
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)							
	FISH (17番染色体LIS1領域): [未実施・実施] 実施日:(年 月 日)							
	遺伝子検査: [未実施・実施] 実施日:(年 月 日)							
検査所見(その他)	検査所見(その他):()							

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〈継続申請用〉		2/2
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(腸瘦・胃瘦含む):[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]	
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 ()	