

病名	7 全前脳胞症					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規		
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(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									
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:() 顔貌所見:単眼:[なし・あり] 眼間狭小:[なし・あり] 鼻中隔所見:[なし・鼻中隔欠損・鼻中隔低形成] 口唇裂:[なし・あり] 口蓋裂:[なし・あり] 単一切歯:[なし・あり] 顔面正中低形成:[なし・あり]								
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]							
		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]							
	呼吸器・循環器	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):()							
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:() 顔貌所見:単眼:[なし・あり] 眼間狭小:[なし・あり] 鼻中隔所見:[なし・鼻中隔欠損・鼻中隔低形成] 口唇裂:[なし・あり] 口蓋裂:[なし・あり] 単一切歯:[なし・あり] 顔面正中低形成:[なし・あり]								
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]							
		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]							
	呼吸器・循環器	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(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	血清Na:()mEq/L			血清K:()mEq/L			血清Cl:()mEq/L		
	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	ウイルス検査:[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()								

告示番号 68 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

画像検査	CTまたはMRI検査(頭部): [未実施 ・ 実施] 脳梁欠損: [なし ・ あり] 左右大脳半球の不分離: [なし ・ あり] 半球間裂欠損または低形成: [なし ・ あり] 所見(その他): ()	実施日: (年 月 日) 透明中隔欠損: [なし ・ あり] 単一脳室: [なし ・ あり] 視床癒合: [なし ・ あり]	Chiari奇形: [なし ・ あり] 背側嚢胞: [なし ・ あり]
------	---	---	--

発達・知能指数検査	発達・知能指数検査: [未実施 ・ 実施] 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: ()	実施日: (年 月 日) 実施時年齢: (歳 か月)
-----------	--	-----------------------------------

遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 所見: ()	実施日: (年 月 日)
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 所見: ()	実施日: (年 月 日)

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	血清Na: ()mEq/L 血清K: ()mEq/L 血清Cl: ()mEq/L
	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] 所見: ()	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] 所見: ()	実施日: (年 月 日)
-----------	---------------------------------	----------------

画像検査	CTまたはMRI検査(頭部): [未実施 ・ 実施] 脳梁欠損: [なし ・ あり] 左右大脳半球の不分離: [なし ・ あり] 半球間裂欠損または低形成: [なし ・ あり] 所見(その他): ()	実施日: (年 月 日) 透明中隔欠損: [なし ・ あり] 単一脳室: [なし ・ あり] 視床癒合: [なし ・ あり]	Chiari奇形: [なし ・ あり] 背側嚢胞: [なし ・ あり]
------	---	---	--

発達・知能指数検査	発達・知能指数検査: [未実施 ・ 実施] 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: ()	実施日: (年 月 日) 実施時年齢: (歳 か月)
-----------	--	-----------------------------------

遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 所見: ()	実施日: (年 月 日)
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 所見: ()	実施日: (年 月 日)

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(腸嚢・胃嚢含む): [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] 気管挿管: [なし ・ あり]	非侵襲的陽圧換気療法: [なし ・ あり] 人工呼吸管理: [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] 術式: () 所見: ()	実施日: (年 月 日)
----	--	----------------

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	(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	