

病名	7 全前脳胞症					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	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:() 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(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] 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:()									
画像検査	CTまたはMRI検査(頭部): [未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 脳梁欠損: [なし・あり] 透明中隔欠損: [なし・あり] Chiari奇形: [なし・あり] 左右大脳半球の不分離: [なし・あり] 単一脳室: [なし・あり] 背側嚢胞: [なし・あり] 半球間裂欠損または低形成: [なし・あり] 視床癒合: [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:()									
	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			(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()