

告示番号		85		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	
病名	10 先天性水頭症										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:() 大泉門膨隆:[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] 落陽現象:[なし・あり] 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]											
	筋・骨格	母指内転:[なし・あり]											
	呼吸器・循環器	呼吸障害:[なし・あり] SpO ₂ (非補助時):()% 詳細:()											
	眼	うっ血乳頭:[なし・あり]											
	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:() 大泉門膨隆:[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] 落陽現象:[なし・あり] 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]											
	筋・骨格	母指内転:[なし・あり]											
	呼吸器・循環器	呼吸障害:[なし・あり] SpO ₂ (非補助時):()% 詳細:()											
	眼	うっ血乳頭:[なし・あり]											
	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	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) 脳室拡大:[なし・あり] Chiari奇形:[なし・あり] 中脳水道閉塞:[なし・あり] 第3脳室底の風船状膨隆等の異常:[なし・あり] 脳表くも膜下腔液貯留:[なし・あり] 全前脳胞症:[なし・あり] 所見(その他):()												

告示番号 **85** **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: [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: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) L1CAM遺伝子異常: [なし ・ あり]
 遺伝子異常 (その他): ()

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: 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)
 脳室拡大: [なし ・ あり] Chiari奇形: [なし ・ あり] 中脳水道閉塞: [なし ・ あり]
 第3脳室底の風船状膨隆等の異常: [なし ・ あり] 脳表くも膜下腔液貯留: [なし ・ あり] 全前脳細胞症: [なし ・ あり]
 所見 (その他): ()

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: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) L1CAM遺伝子異常: [なし ・ あり]
 遺伝子異常 (その他): ()

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): ()

鑑別診断: 出生後の脳室内出血: [なし ・ あり] 出生後の頭蓋内出血: [なし ・ あり] 髄膜炎: [なし ・ あり]
 脳炎: [なし ・ あり]

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]
 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: 水頭症手術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日)
 術式: ()
 所見: ()

脳・頭蓋手術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日)
 術式: ()
 所見: ()

脊椎・下肢手術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日)
 術式: ()
 所見: ()

脊髄手術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日)
 術式: ()
 所見: ()

尿路変更手術: [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 ()