

病名	10 先天性水頭症					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 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:() 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] 嚔下障害: [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(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] 全前脳胞症: [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()月()日 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	遺伝子検査: [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 () (印)