

病名	11 巨脳症－毛細血管奇形症候群					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	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	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	全身	血管腫:[なし・あり] 部位:() 過成長:[なし・あり] 詳細:()							
	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] 落陽現象:[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]							
	発達障害:[なし・あり・不明] 自閉スペクトラム症:[なし・あり・不明] 注意欠如多動症:[なし・あり・不明] 限局性学習症:[なし・あり・不明] 発達障害(その他):()								
筋・骨格	筋緊張低下:[なし・あり・不明] 多指(趾): [なし・あり] 詳細:() 合指(趾)症:[なし・あり] 詳細:()								
その他	症状(その他):()								
検査所見(申請時) ※直近の状況を記載									
生理機能検査	脳波検査:[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] 脳回異常:[なし・あり] 脳梁異常:[なし・あり] 片側巨脳症:[なし・あり] 白質病変:[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	先天性心疾患:[なし・あり] 詳細:()								
	合併奇形(その他): [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):()								

告示番号 67 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

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] 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]
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 : ()		
手術	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 : ()		
手術	脊髄手術 : [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 ()