

告示番号		26		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)		1/2		
病名	17 神経皮膚黒色症											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	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:( )													
症状	全身	低身長(-1.5SD以下): [ なし・あり ]												
	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 ] 頭痛: [ 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 ]												
		不随意運動: [ なし・あり・不明 ] 振戦: [ なし・あり・不明 ] 不随意運動(その他):( )												
	皮膚・粘膜	色素性母斑: [ なし・あり ] 皮膚・粘膜症状(その他):( )												
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検査: [ 未実施・実施 ] 実施日:( )年( )月( )日 部位:( ) 所見:( )													
	MRI検査: [ 未実施・実施 ] 実施日:( )年( )月( )日 部位:( ) 所見:( )													
	造影MRI検査(脳脊髄): [ 未実施・実施 ] 実施日:( )年( )月( )日 軟膜のメラノシス造影所見: [ 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・ビナー式・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 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	皮膚腫瘍の合併: [ なし・あり ] 病理診断名:( ) 神経系腫瘍の合併: [ なし・あり ] 病理診断名:( ) 腫瘍の合併(その他): [ なし・あり ] 病理診断名:( ) 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 ] 抗腫瘍薬: [ なし・あり ] 薬物療法(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：( )
	てんかん外科手術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 ) 術式：( ) 所見：( ) 治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]
	腫瘍切除術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：( ) 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 ( )