

<b>告示番号</b>	<b>98</b>	<b>神経・筋疾患</b>	<b>( )</b>	<b>年度</b>	<b>小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)</b>	<b>1/2</b>
-------------	-----------	---------------	------------	-----------	-------------------------------	------------

病名	39 もやもや病					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	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														
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 ]												
		運動失調: [ なし ・ あり ・ 不明 ]												
		頭痛: [ なし ・ あり ] 頻度: ( )												
		詳細: ( )												
		一過性神経症状: [ なし ・ あり ]												
		詳細: ( )												
		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 ]												
		精神症状: [ なし ・ あり ]												
		詳細: ( )												
		失語症: [ なし ・ あり ]												
		詳細: ( )												
筋・骨格	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 ]							
眼	発達障害 (その他): ( )													
	麻痺: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 部位: ( )													
詳細: ( )														
不随意運動: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 部位: ( )														
詳細: ( )														
感覚障害: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 部位: ( )														
詳細: ( )														
筋緊張低下: 体幹: [ なし ・ あり ・ 不明 ]						四肢: [ なし ・ あり ・ 不明 ]								
筋緊張亢進: 体幹: [ なし ・ あり ・ 不明 ]						四肢: [ なし ・ あり ・ 不明 ]								
視野欠損: [ なし ・ あり ]														
詳細: ( )														
その他 症状 (その他): ( )														
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載														
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 ]												
		運動失調: [ なし ・ あり ・ 不明 ]												
		頭痛: [ なし ・ あり ] 頻度: ( )												
		詳細: ( )												
		一過性神経症状: [ なし ・ あり ]												
		詳細: ( )												
		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 ]												
		精神症状: [ なし ・ あり ]												
		詳細: ( )												
		失語症: [ なし ・ あり ]												
		詳細: ( )												
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): ( )														

告示番号 **98** 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**

症状	精神・神経	麻痺：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 部位：( )
		詳細：( )
		不随意運動：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 部位：( )
	筋・骨格	筋緊張低下：体幹：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 四肢：[ なし ・ あり ・ 不明 ]
		筋緊張亢進：体幹：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 四肢：[ なし ・ あり ・ 不明 ]
	眼	視野欠損：[ なし ・ あり ]
その他	詳細：( )	
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

画像検査	MRI検査 (頭部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )
	梗塞部位：( )
	MRA検査 (頭部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 撮影条件：( )
	動脈病変：[ なし ・ 一側 ・ 両側 ] 大脳基底核部の異常血管網：[ なし ・ あり ]
	動脈狭窄または閉塞：[ なし ・ 右 ・ 左 ・ 両側 ] 中大脳動脈病変：[ なし ・ 右 ・ 左 ・ 両側 ]
前大脳動脈病変：[ なし ・ 右 ・ 左 ・ 両側 ]	
血管造影 (脳)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 大脳基底核部の異常血管網：[ 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)：( )
検査所見 (その他)	DQまたはIQ値：( )
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

画像検査	MRI検査 (頭部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )
	梗塞部位：( )
	MRA検査 (頭部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 撮影条件：( )
	動脈病変：[ なし ・ 一側 ・ 両側 ] 大脳基底核部の異常血管網：[ なし ・ あり ]
	動脈狭窄または閉塞：[ なし ・ 右 ・ 左 ・ 両側 ] 中大脳動脈病変：[ なし ・ 右 ・ 左 ・ 両側 ]
前大脳動脈病変：[ なし ・ 右 ・ 左 ・ 両側 ]	
血管造影 (脳)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 大脳基底核部の異常血管網：[ 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)：( )
検査所見 (その他)	DQまたはIQ値：( )
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	合併症：[ なし ・ あり ]
	詳細：( )
家族歴	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ]
	詳細：( )
既往歴	自己免疫疾患：[ なし ・ あり ] 髄膜炎：[ なし ・ あり ] 脳腫瘍：[ なし ・ あり ] ダウン症：[ なし ・ あり ]
	神経線維腫症：[ なし ・ あり ] 頭部外傷：[ なし ・ あり ] 頭部放射線治療：[ なし ・ あり ]
既往歴 (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 ] 抗血小板剤：[ なし ・ あり ]
	薬物療法 (その他)：( )
手術	血行再建術 (左側)：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 )
	術式：( )
	所見：( )
	血行再建術 (右側)：[ 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 ( )