

告示番号 <b>98</b>		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	39 もやもや病			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					
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):( )					
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・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 ]				
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					
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):( )				
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 ] 神経線維腫症: [ なし ・ あり ] 既往歴 (その他): ( )	髄膜炎: [ なし ・ あり ] 頭部外傷: [ なし ・ あり ]	脳腫瘍: [ なし ・ あり ] 頭部放射線治療: [ なし ・ あり ]	ダウン症: [ 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): ( )			
手術	抗血小板剤: [ なし ・ あり ]			
	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: ( )			
治療	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 (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 (      )