

病名	37 海綿状血管腫 (脳脊髄)					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	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]								
		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(脳脊髄):[未実施・実施] 実施日:(年 月 日)									
	血管腫のサイズ:()mm 部位()									
	血管腫からの出血(おおよそ1か月以内):[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・ピナー式・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:()									
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:()									

告示番号 9 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

既往歴	脳腫瘍：[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] 薬物療法 (その他)：()
------	--------------------------------------

手術	血管腫摘出術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 術式：() 所見：()
----	---

放射線治療	定位放射線治療：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 照射装置：() 照射線量 (辺縁線量、回数)：()
-------	--

治療	治療 (その他)：()
----	--------------

今後の治療方針	今後の治療方針：() 運動部活動：[可 ・ 条件付可 ・ 禁]
	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 ()			