

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 (新規申請用)	1/2
-------------	----------	---------------	------------	-----------	-------------------------------	------------

病名	41 海綿状血管腫 (脳脊髄)					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	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	治療・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]							
		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): ()								
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: ()							

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 (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 (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]
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 (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]
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	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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()