

告示番号		55		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	77 早産児ビリルビン脳症							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		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]											
		嚥下障害:[なし・あり] 不随意運動:[なし・あり・不明] アテトーゼ:[なし・あり・不明]											
	筋・骨格	ジストニア重積:[なし・あり] 発症日:()											
		詳細:()											
	呼吸器・循環器	麻痺:[なし・あり・不明]											
		部位:()											
消化器	詳細:()												
	閉塞性無呼吸:[なし・あり] 嚥下性肺炎:[なし・あり]												
耳鼻咽喉	呼吸障害:[なし・あり]												
	詳細:()												
その他	聴覚障害:[なし・あり]												
	歯エナメル質異形成:[なし・あり]												
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	聴性脳幹反応:[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 結果:[異常なし・波形分離不良・無反応]												
画像検査	単純X線検査(脊椎):[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 側彎:[なし・あり]												
	所見(その他):()												
発達・知能指数検査	MRI検査(頭部):[未実施・実施] 実施日:(年 月 日)												
	所見:()												
遺伝学的検査	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]												
遺伝学的検査	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)												
	UGT1A1遺伝子多型解析:UGT1A1*6:[なし・1アレル・2アレル]												
遺伝学的検査	UGT1A1遺伝子多型解析:UGT1A1*28:[なし・1アレル・2アレル]												
	遺伝子検査(その他):()												
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	急性脳症: [なし ・ あり]	発症日: ()
	詳細: ()	
	合併症 (その他): ()	

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	筋弛緩薬: [なし ・ あり]	治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
	詳細: ()	
	ボツリヌス療法: [なし ・ あり]	治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
	パクロフェン持続髄注: [なし ・ あり]	治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
薬物療法 (その他): ()		

栄養管理	経管栄養 (腸瘻・胃瘻含む): [なし ・ 部分経管栄養 ・ 完全経管栄養]
------	--

呼吸管理	酸素療法: [なし ・ あり]	非侵襲的陽圧換気療法: [なし ・ あり]	気管切開管理: [なし ・ あり]
	咽頭気管分離: [なし ・ あり]	気管挿管: [なし ・ あり]	人工呼吸管理: [なし ・ あり]

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)

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 ()