

病名	76 痙攣重積型 (二相性) 急性脳症						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										
感染症 (発症時)	突発性発疹: [なし・あり・不明] インフルエンザウイルス: [なし・あり・不明] ロタウイルス胃腸炎: [なし・あり・不明] 感染症 (その他): ()									
症状	全身	発熱 (発症時): [なし・あり・不明]								
	精神・神経	痙攣 (発症時): [なし・あり・不明]		痙攣重積 (発症時): [なし・あり・不明]		痙攣 (第3~7病日): [なし・あり・不明] 意識障害 (第3~7病日): [なし・あり・不明] 発症翌日の意識レベル改善: [なし・あり・不明]				
	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	全身	経口摂取困難: [なし・あり]		体重増加不良: [なし・あり]						
	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] 片麻痺: [なし・あり・不明] 仮性球麻痺: [なし・あり・不明] 運動障害: 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): ()						
呼吸器・循環器	てんかん: [なし・あり]		コントロール: [良好・不良]							
その他	呼吸困難: [なし・あり]		反復する下気道感染: [なし・あり]							
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										
生理機能検査	脳波検査: [未実施・実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()									
画像検査	CT 検査 (頭部): 発症日から翌日まで: [未実施・実施]		実施日: (年 月 日)							
	CT 検査 (頭部): 第3病日から亜急性期: [未実施・実施]		実施日: (年 月 日)							
	MRI 検査 (頭部): 発症日から翌日まで: [未実施・実施]		実施日: (年 月 日)							
	MRI 検査 (頭部): 第3病日から亜急性期: [未実施・実施]		実施日: (年 月 日)				皮質下病変: [なし・あり]			
	SPECT 検査 (脳血流): 第3病日から亜急性期: [未実施・実施]		実施日: (年 月 日) 所見: ()							
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	
生理機能検査	脳波検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
画像検査	CT検査 (頭部): 発病1か月以降: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	MRI検査 (頭部): 発病1か月以降: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 皮質下病変: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()
	SPECT検査 (脳血流): 発病1か月以降: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
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] 患児との続柄: ()
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): ()
栄養管理	経管栄養 (腸瘻・胃瘻含む): [なし ・ あり] 中心静脈栄養: [なし ・ あり]
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] 気管挿管: [なし ・ あり] 人工呼吸管理: [なし ・ あり]
手術	手術: [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 (印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()