

病名	76 痙攣重積型 (二相性) 急性脳症					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	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 (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): ( )										
てんかん: [ なし・あり ] コントロール: [ 良好・不良 ]										
呼吸器・循環器	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 (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 (腸嚙・胃嚙含む): [ 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 ( )