

告示番号		1		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)		1/3	
病名	93 亜急性硬化性全脳炎							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()						
	資格取得年月日		年	月	日								
氏名	(セイメイ) (姓)				以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)					
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()			丁目番地等 ()					
生年月日	年		月	日	性別			男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()										
出生体重	g		出生週数	在胎		週		日					
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢		満	歳		か月			日
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	%			
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													
最終受診日	(年 月 日)												
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]											
		精神運動機能の退行: [なし ・ あり]											
		性格変化: [なし ・ あり] 行動異常: [なし ・ あり]											
	麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] 運動失調: [なし ・ あり ・ 不明]												
筋・骨格	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] 失発作または転倒発作: [なし ・ あり]												
	意識障害: [なし ・ あり]												
	詳細: ()												
その他	不随意運動: [なし ・ あり ・ 不明] ミオクローヌス: [なし ・ あり ・ 不明]												
	不随意運動 (その他): ()												
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: [なし ・ あり ・ 不明]												
詳細: ()													
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]											
		精神運動機能の退行: [なし ・ あり]											
		性格変化: [なし ・ あり] 行動異常: [なし ・ あり]											
	麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] 運動失調: [なし ・ あり ・ 不明]												
筋・骨格	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] 失発作または転倒発作: [なし ・ あり]												
	意識障害: [なし ・ あり]												
	詳細: ()												
その他	不随意運動: [なし ・ あり ・ 不明] ミオクローヌス: [なし ・ あり ・ 不明]												
	不随意運動 (その他): ()												
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: [なし ・ あり ・ 不明]												
詳細: ()													
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													
血液検査	血清アルブミン: () g/dL				血清IgG: () mg/dL								
髄液検査	アルブミン: () g/dL				IgG: () mg/dL				IgG index: ()				
生理機能検査	脳波検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)						周期性同期性放電: [なし ・ あり]						
所見 (その他): ()													

告示番号 **1** **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)** **2/3**

検査	感染症免疫学的	血液	麻疹ウイルス抗体価 (NT) : () 倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価 (HI) : () 倍・未実施 麻疹ウイルスIgG (EIA) : () ・未実施	麻疹ウイルス抗体価 (PA) : () 倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価 (CF) : () 倍・未実施
		髄液	麻疹ウイルス抗体価 (NT) : () 倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価 (HI) : () 倍・未実施 麻疹ウイルスIgG (EIA) : () ・未実施	麻疹ウイルス抗体価 (PA) : () 倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価 (CF) : () 倍・未実施
画像検査		CT検査 (頭部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()		
画像検査		MRI検査 (頭部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()		
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) : () 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				
血液検査		血清アルブミン : () g/dL 血清IgG : () mg/dL		
髄液検査		アルブミン : () g/dL IgG : () mg/dL IgG index : ()		
生理機能検査		脳波検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 周期性同期性放電 : [なし ・ あり] 所見 (その他) : ()		
検査	感染症免疫学的	血液	麻疹ウイルス抗体価 (NT) : () 倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価 (HI) : () 倍・未実施 麻疹ウイルスIgG (EIA) : () ・未実施	麻疹ウイルス抗体価 (PA) : () 倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価 (CF) : () 倍・未実施
		髄液	麻疹ウイルス抗体価 (NT) : () 倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価 (HI) : () 倍・未実施 麻疹ウイルスIgG (EIA) : () ・未実施	麻疹ウイルス抗体価 (PA) : () 倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価 (CF) : () 倍・未実施
画像検査		CT検査 (頭部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()		
画像検査		MRI検査 (頭部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()		
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) : () 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 : ()		
既往歴		麻疹罹患歴 : [なし ・ あり] 罹患年齢 : (歳 か月)		
予防接種歴		麻疹予防接種 : [なし ・ あり] 最終接種時年齢 : (歳 か月)		
病期分類		病期分類 : [I期 ・ II期 ・ III期 ・ IV期 ・ V期]		
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] イソプリノシン : [なし ・ あり] リバビリン : [なし ・ あり] インターフェロン : 髄注 : [なし ・ あり] 脳室内投与 : [なし ・ あり] 静注 : [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]		
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		
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 ()		

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日