

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 (継続申請用)		1/2		
病名	93 亜急性硬化性全脳炎							受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()					
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) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓名)							
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														
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 ・ 歩歩 ・ 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]												
		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] 失立発作または転倒発作: [なし ・ あり]												
		意識障害: [なし ・ あり]												
	詳細: ()													
	不随意運動: [なし ・ あり ・ 不明] ミオクローヌス: [なし ・ あり ・ 不明]													
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]													
その他	症状 (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]													
感染症免疫学的検査	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 (PA): () 倍・未実施									
		麻疹ウイルス抗体価 (HI): () 倍・未実施			麻疹ウイルス抗体価 (CF): () 倍・未実施									
	麻疹ウイルスIgG (EIA): () ・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 (PA): () 倍・未実施									
麻疹ウイルス抗体価 (HI): () 倍・未実施			麻疹ウイルス抗体価 (CF): () 倍・未実施											
麻疹ウイルスIgG (EIA): () ・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: ()													
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): ()													
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): ()													

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〈継続申請用〉 2/2	
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] リパビリン:[なし ・ あり] インターフェロン:随注:[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