

病名	79 多発性硬化症					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		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 (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									
病型	病型 (多発性硬化症): [再発寛解型 ・ 一次性慢性進行型 ・ 二次性慢性進行型 ・ 視神経脊髄炎 ・ その他] 病型 (その他): ()								
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] てんかん: [なし ・ あり] 意識の変容または行動変化: [なし ・ あり ・ 不明] 精神症状: [なし ・ あり] 不随意運動: [なし ・ あり ・ 不明] 嚥下障害: [なし ・ あり] 病的反射: [なし ・ あり] 腱反射亢進: [なし ・ あり] 表在感覚障害: [なし ・ あり] 深部感覚障害: [なし ・ あり]							
		麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] 部位: () 詳細: ()							
		運動失調: [なし ・ あり ・ 不明] 詳細: ()							
	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: 体幹: [なし ・ あり ・ 不明] 四肢: [なし ・ あり ・ 不明]			
		構音障害: [なし ・ あり]		難治性吃逆: [なし ・ あり]					
	呼吸器・循環器	呼吸障害: [なし ・ あり] 詳細: ()							
	腎・泌尿器	排尿障害: [なし ・ あり]							
	消化器	排便障害: [なし ・ あり]							
	眼	視力障害: [なし ・ あり] 部位: [左 ・ 右 ・ 両側]				複視: [なし ・ あり]			
	その他	症状 (その他): ()							
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載									
病型	病型 (多発性硬化症): [再発寛解型 ・ 一次性慢性進行型 ・ 二次性慢性進行型 ・ 視神経脊髄炎 ・ その他] 病型 (その他): ()								
症状・経過	臨床象: [单相性 ・ 多相性 ・ 慢性進行性]								
	再発: [なし ・ あり] 過去1年間の再発回数: ()回/年								
	神経症状評価尺度 (EDSS): [0 ・ 1 ・ 1.5 ・ 2 ・ 2.5 ・ 3 ・ 3.5 ・ 4 ・ 4.5 ・ 5.5 ・ 6 ・ 6.5 ・ 7 ・ 7.5 ・ 8 ・ 8.5 ・ 9 ・ 9.5 ・ 10] これまで脱随事象: [なし ・ あり] 回数: ()回 ADEM様事象: [なし ・ あり]								
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] てんかん: [なし ・ あり] 意識の変容または行動変化: [なし ・ あり ・ 不明] 精神症状: [なし ・ あり] 不随意運動: [なし ・ あり ・ 不明] 嚥下障害: [なし ・ あり] 病的反射: [なし ・ あり] 腱反射亢進: [なし ・ あり] 表在感覚障害: [なし ・ あり] 深部感覚障害: [なし ・ あり]							
		麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] 部位: () 詳細: ()							
		運動失調: [なし ・ あり ・ 不明] 詳細: ()							
	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: 体幹: [なし ・ あり ・ 不明] 四肢: [なし ・ あり ・ 不明]			
		構音障害: [なし ・ あり]		難治性吃逆: [なし ・ あり]					
	呼吸器・循環器	呼吸障害: [なし ・ あり] 詳細: ()							

症状	腎・泌尿器	排尿障害: [なし ・ あり]		
	消化器	排便障害: [なし ・ あり]		
	眼	視力障害: [なし ・ あり]	部位: [左 ・ 右 ・ 両側]	複視: [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

血液検査	血清アルブミン: ()g/dL	血清IgG: ()mg/dL	AQP4抗体: [陰性 ・ 陽性]
髄液検査	細胞数: ()/μL アルブミン: ()g/dL	総蛋白: ()mg/dL・未実施 IgG: ()mg/dL	オリゴクローナルバンド: [なし ・ あり] IgG index: ()
生理機能検査	誘発電位検査: [未実施 ・ 実施] 検査名: () 所見: ()	実施日: (年 月 日)	
画像検査	MRI検査 (頭部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 大脳病変: [なし ・ あり] ガドリニウム造影効果: [なし ・ あり] 部位: () 小脳病変: [なし ・ あり] ガドリニウム造影効果: [なし ・ あり] 脳幹病変: [なし ・ あり] ガドリニウム造影効果: [なし ・ あり] 視神経病変: [なし ・ あり] ガドリニウム造影効果: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()		
	MRI検査 (脊髄): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 脊髄病変: [なし ・ あり] ガドリニウム造影効果: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()		
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	AQP4抗体: [陰性 ・ 陽性]
髄液検査	細胞数: ()/μL アルブミン: ()g/dL	総蛋白: ()mg/dL・未実施 IgG: ()mg/dL	オリゴクローナルバンド: [なし ・ あり] IgG index: ()
生理機能検査	誘発電位検査: [未実施 ・ 実施] 検査名: () 所見: ()	実施日: (年 月 日)	
画像検査	MRI検査 (頭部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 大脳病変: [なし ・ あり] ガドリニウム造影効果: [なし ・ あり] 部位: () 小脳病変: [なし ・ あり] ガドリニウム造影効果: [なし ・ あり] 脳幹病変: [なし ・ あり] ガドリニウム造影効果: [なし ・ あり] 視神経病変: [なし ・ あり] ガドリニウム造影効果: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()		
	MRI検査 (脊髄): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 脊髄病変: [なし ・ あり] ガドリニウム造影効果: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()		
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: ()
-----	-----------------------------

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	ステロイド薬: [なし ・ あり] γグロブリン療法: [なし ・ あり] 免疫抑制薬: [なし ・ あり] 薬剤名: ()	ステロイドパルス療法 : [なし ・ あり]	インターフェロンβ: [なし ・ あり]
血液浄化	アフェレシス: [未実施 ・ 実施]		
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 (_____)