

病名	79 多発性硬化症					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											
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] これまで脱髄象: [なし・あり] 回数: ()回 ADEM様象: [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: ()									
	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(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			総蛋白: ()mg/dL・未実施			オリゴクローナルバンド: [なし・あり]				
	アルブミン: ()g/dL			IgG: ()mg/dL			IgG index: ()				
生理機能検査	誘発電位検査: [未実施・実施] 実施日: (年 月 日)										
	検査名: ()										
	所見: ()										
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): ()										

画像検査	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] 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] γグロブリン療法: [なし ・ あり] 免疫抑制薬: [なし ・ あり] 薬剤名:()
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 ()