

告示番号		18		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)		1/2		
病名	95 痙攣重積型 (二相性) 急性脳症						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		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(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										
感染症(発症時)	突発性発疹:[ なし・あり・不明 ] インフルエンザウイルス:[ なし・あり・不明 ] ロタウイルス胃腸炎:[ なし・あり・不明 ] 感染症(その他):( )									
症状	全身	発熱(発症時):[ なし・あり・不明 ]								
	精神・神経	痙攣(発症時):[ なし・あり・不明 ]		痙攣重積(発症時):[ なし・あり・不明 ]		痙攣(第3~7病日):[ なし・あり・不明 ] 意識障害(第3~7病日):[ なし・あり・不明 ] 発症翌日の意識レベル改善:[ なし・あり・不明 ]				
	その他	症状(その他):( )								
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):( )						
呼吸器・循環器	てんかん:[ なし・あり ]		コントロール:[ 良好・不良 ]							
その他	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(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										
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):発症日から翌日まで:[ 未実施・実施 ]		実施日:( 年 月 日 ) 所見:( )							
	CT検査(頭部):第3病日から亜急性期:[ 未実施・実施 ]		実施日:( 年 月 日 ) 所見:( )							
	MRI検査(頭部):発症日から翌日まで:[ 未実施・実施 ]		実施日:( 年 月 日 ) 所見:( )							
	MRI検査(頭部):第3病日から亜急性期:[ 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):第3病日から亜急性期:[ 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):( )									

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 ]
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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )