

告示番号		19		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	96 自己免疫介在性脳炎・脳症							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 )									
病型	抗NMDA受容体脳炎・抗VGKC複合体抗体陽性脳炎・病型 (その他): ( )												
感染症 (発症時)	ウイルス感染症の前駆症状: [ なし・あり・不明 ]												
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 ] 麻痺: [ なし・あり・不明 ] 嚥下障害: [ なし・あり ]											
		睡眠障害: [ なし・あり・不明 ] 記憶障害: [ なし・あり ] 言語障害: [ なし・あり・不明 ]											
		運動失調: [ なし・あり・不明 ] 病的反射: [ なし・あり ] 腱反射亢進: [ なし・あり ]											
		感覚障害: [ なし・あり・不明 ] 自律神経障害: [ なし・あり ]											
症状	筋・骨格	筋緊張低下: [ なし・あり・不明 ] 筋緊張亢進: [ なし・あり・不明 ] ミオトニア: [ なし・あり・不明 ]											
		構音障害: [ 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 ]												
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	抗NMDA受容体脳炎・抗VGKC複合体抗体陽性脳炎・病型 (その他): ( )												
感染症 (発症時)	ウイルス感染症の前駆症状: [ なし・あり・不明 ]												
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 ] 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): ( )											
		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 ] 麻痺: [ なし・あり・不明 ] 嚥下障害: [ なし・あり ]											
		睡眠障害: [ なし・あり・不明 ] 記憶障害: [ なし・あり ] 言語障害: [ なし・あり・不明 ]											
運動失調: [ なし・あり・不明 ] 病的反射: [ なし・あり ] 腱反射亢進: [ なし・あり ]													
感覚障害: [ なし・あり・不明 ] 自律神経障害: [ なし・あり ]													
症状	筋・骨格	筋緊張低下: [ なし・あり・不明 ] 筋緊張亢進: [ なし・あり・不明 ] ミオトニア: [ なし・あり・不明 ]											
		構音障害: [ 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 ]												
その他	症状 (その他): ( )												

告示番号 **19** 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 抗NMDA受容体抗体:[ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ] 抗VGKC複合体抗体:[ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ] 自己抗体 (その他):( )
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:( ) 抗NMDA受容体抗体:[ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ] 抗VGKC複合体抗体:[ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ] 自己抗体 (その他):( )
生理機能検査	脳波検査:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 所見:( )
	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 ) 病変:[ なし ・ あり ] ガドリニウム造影効果:[ なし ・ あり ] 部位:( ) 所見 (その他):( )
	核医学検査:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 部位:( ) 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 ] DQまたはIQ値:( ) 検査名 (その他):( )
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 抗NMDA受容体抗体:[ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ] 抗VGKC複合体抗体:[ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ] 自己抗体 (その他):( )
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:( ) 抗NMDA受容体抗体:[ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ] 抗VGKC複合体抗体:[ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ] 自己抗体 (その他):( )
生理機能検査	脳波検査:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 所見:( )
	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 ) 病変:[ なし ・ あり ] ガドリニウム造影効果:[ なし ・ あり ] 部位:( ) 所見 (その他):( )
	核医学検査:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 部位:( ) 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 ] DQまたはIQ値:( ) 検査名 (その他):( )
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 ] γグロブリン療法:[ なし ・ あり ] 免疫抑制薬:[ なし ・ あり ] 薬剤名:( ) 生物学的製剤:[ なし ・ あり ] 詳細:( )
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
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 ( )

<b>告示番号</b>	<b>19</b>	<b>神経・筋疾患</b>	<b>( )</b>	<b>年度</b>	<b>小児慢性特定疾病</b>	<b>医療意見書〈新規申請用〉</b>	<b>3/3</b>
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