

病名	<b>97 難治頻回部分発作重積型急性脳炎</b>			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

臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載

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 ]
		精神症状: [ なし ・ あり ]	記憶障害: [ なし ・ あり ]
	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 ]
その他	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 ] 症状 (その他): ( )		

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数: ( ) / $\mu$ L	赤血球数: ( ) $\times 10^4 / \mu$ L	ヘモグロビン (Hb): ( ) g/dL
	血小板数: ( ) $\times 10^4 / \mu$ L	PT: ( ) 秒	PT: ( ) %
	PT-INR: ( )	APTT: ( ) 秒	血清総ビリルビン (T-Bil): ( ) mg/dL
	血清直接ビリルビン (D-Bil): ( ) mg/dL	AST: ( ) U/L	ALT: ( ) U/L

髄液検査	細胞数: ( ) / $\mu$ L	総蛋白: ( ) mg/dL ・ 未実施
	ウイルスの検出: [ なし ・ あり ]	IFN- $\alpha$ 値の上昇: [ なし ・ あり ]
		ネオプテリン値の上昇: [ なし ・ あり ]

生理機能検査	脳波検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )	高振幅徐波: [ なし ・ あり ]	周期性放電: [ なし ・ あり ]	発作時の周期的な発作出現: [ なし ・ あり ]
	所見 (その他): ( )			

病理検査	脳生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )	所見: ( )
------	----------------------------------	---------

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: ( )

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	汎血球減少: [ なし ・ あり ]	播種性血管内凝固: [ なし ・ あり ]	肝機能障害: [ なし ・ あり ]	薬疹: [ なし ・ あり ]
	合併症 (その他): ( )			

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 ]	
	薬剤名 (内服) ①: ( )	治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]
	薬剤名 (内服) ②: ( )	治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]
	薬剤名 (内服) ③: ( )	治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]
	薬剤名 (内服) ④: ( )	治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]

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 ]
	ケトン食: [ なし ・ あり ]	治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]
	食事療法 (その他): ( )	

呼吸管理	酸素療法：[ なし ・ あり ] 気管挿管：[ なし ・ あり ]	非侵襲的陽圧換気療法：[ なし ・ あり ] 人工呼吸管理：[ なし ・ あり ]	気管切開管理：[ なし ・ あり ]
手術	てんかん外科手術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 ) 術式：( ) 所見：( ) 治療効果：[ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]		
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 ( )