

告示番号 59 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 98 多発性硬化症
受給者番号
受診日
年 月 日
受付種別
 新規

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)
年 月 日
cm ( SD)
体重 (測定日)
年 月 日
kg ( SD)
BMI
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

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: [ 単相性 ・ 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: ( )

告示番号 **59** 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) **2/2**

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 ] 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): ( )		
	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 ] 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): ( )		
	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  
小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )