

告示番号 63		神経・筋疾患 () 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)		1/2	
病名	64 アイカルディ (Aicardi) 症候群					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	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 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							
身体所見	小頭症 (-2.0SD以下): [なし・あり] 大頭症 (+2.0SD以上): [なし・あり] 頭囲:()cm 頭囲SD:()						
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] 嚥下障害: [なし・あり] 不随意運動: [なし・あり・不明] 常同運動: [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] 限局性学習症: [なし・あり・不明] 発達障害 (その他): ()						
	てんかん: [なし・あり] 頻度: [日単位・週単位・月単位・年単位] てんかん重構状態: [なし・あり] てんかん性スパズム: [なし・あり] 全般発作: [なし・あり] 焦点発作: [なし・あり]						
	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] 肋骨異常: [なし・あり] 側彎: [なし・あり] 骨格異常 (その他): ()						
呼吸器・循環器	呼吸障害: [なし・あり] 詳細: ()						
眼	視力障害: [なし・あり] 視野障害: [なし・あり] 眼振: [なし・あり] 斜視: [なし・あり] 網脈絡膜ラクラナ: [なし・右・左・両側] coloboma: [なし・右・左・両側] 小眼球: [なし・右・左・両側] 眼症状 (その他): ()						
耳鼻咽喉	中耳炎: [なし・あり]						
皮膚・粘膜	母斑: [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							
生理機能検査	脳波検査: [未実施・実施] 実施日: (年 月 日) Suppression-burstパターン: [なし・あり] Hypsarrhythmia: [なし・あり] 所見 (その他): ()						
画像検査	CTまたはMRI検査 (頭部): [未実施・実施] 実施日: (年 月 日) 脳梁欠損: [なし・部分欠損・完全欠損] 皮質形成異常: [なし・片側・両側] 多小脳回: [なし・片側・両側] 異所性灰白質: [なし・片側・両側] 孔脳症: [なし・片側・両側] 頭蓋内嚢胞: [なし・半球間裂・その他] 脈絡叢乳頭腫: [なし・片側・両側] 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: ()						
遺伝学的検査	染色体検査: [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 誤嚥性肺炎: [なし ・ あり]
合併症 (その他): ()

家族歴 本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明]
詳細: ()

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] 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
詳細: ()

ACTH療法: [なし ・ あり] 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]

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]

リハビリテーション 理学療法: [未実施 ・ 実施]
リハビリテーション (その他): ()

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 ()