

告示番号		67		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	68 視床下部過誤腫症候群							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 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	奇形・形態異常:[なし・あり] 詳細:() 身体所見(その他):()												
症状	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] 麻痺:[なし・あり・不明] 運動失調:[なし・あり・不明]												
	暴力的・攻撃的行動:[なし・あり・不明] 多動:[なし・あり・不明] 易刺激性:[なし・あり・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] 発達障害(その他):()												
	てんかん:[なし・あり] 笑い発作:[なし・あり] 頻度:[日単位・週単位・月単位・年単位] 焦点起始意識減損発作:[なし・あり] 強直間代発作(全般・焦点起始):[なし・あり] 強直発作:[なし・あり] てんかん性スパズム [なし・あり] 発作型(その他):発作型:() 発作型(その他):頻度:[日単位・週単位・月単位・年単位]												
	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]												
	呼吸器・循環器 呼吸障害:[なし・あり] 詳細:()												
	内分泌・代謝 思春期早発:[なし・あり]												
皮膚	皮膚所見:[なし・あり] 詳細:()												
その他	体温調節異常:[なし・あり] 症状(その他):()												
検査所見(申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査	異常を示した血液検査:[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 検査項目名及び測定値:() 内分泌異常:[なし・あり] 所見:()												
生理学的検査	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):[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 所見(その他):()												
	MRI検査(頭部):[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 所見(その他):()												
	画像検査:[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 部位:() 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	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] GLI3遺伝子異常：[なし ・ あり] 遺伝子異常 (その他)：()	実施日：(年 月 日) OFD1遺伝子異常：[なし ・ あり]
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	抗てんかん薬：[なし ・ あり] 詳細：()	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]	
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) 目的：[根治的 ・ 緩和的 ・ 生検のみ] 術式：[定位温熱凝固術 ・ 開頭手術 ・ 内視鏡手術 ・ 定位的放射線治療 ・ その他] 術式 (その他)：() 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 ()	