

<b>告示番号</b>	<b>55</b>	<b>神経・筋疾患</b>	<b>( )</b>	<b>年度</b>	<b>小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)</b>	<b>1/2</b>
-------------	-----------	---------------	------------	-----------	-------------------------------	------------

病名	77 早産児ビリルビン脳症					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規		
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(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									
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 ] 嚥下障害:[ なし・あり ] 不随意運動:[ なし・あり・不明 ] アテトーゼ:[ なし・あり・不明 ] ジストニア:[ なし・あり・不明 ]							
		ジストニア重積:[ なし・あり ] 発症日:( ) 詳細:( )							
		麻痺:[ なし・あり・不明 ] 部位:( ) 詳細:( )							
	筋・骨格	側彎:[ なし・あり ] 股関節脱臼・亜脱臼:[ なし・あり ]							
	呼吸器・循環器	閉塞性無呼吸:[ なし・あり ] 嚥下性肺炎:[ なし・あり ] 呼吸障害:[ なし・あり ] 詳細:( )							
	消化器	胃食道逆流症:[ なし・あり ]							
	耳鼻咽喉	聴覚障害:[ なし・あり ]							
	その他	歯エナメル質異形成:[ なし・あり ] 症状(その他):( )							
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 ] 嚥下障害:[ なし・あり ] 不随意運動:[ なし・あり・不明 ] アテトーゼ:[ なし・あり・不明 ] ジストニア:[ なし・あり・不明 ]							
		ジストニア重積:[ なし・あり ] 発症日:( ) 詳細:( )							
		麻痺:[ なし・あり・不明 ] 部位:( ) 詳細:( )							
	筋・骨格	側彎:[ なし・あり ] 股関節脱臼・亜脱臼:[ なし・あり ]							
	呼吸器・循環器	閉塞性無呼吸:[ なし・あり ] 嚥下性肺炎:[ なし・あり ] 呼吸障害:[ なし・あり ] 詳細:( )							
	消化器	胃食道逆流症:[ なし・あり ]							
	耳鼻咽喉	聴覚障害:[ なし・あり ]							
	その他	歯エナメル質異形成:[ なし・あり ] 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

生理機能検査	新生児聴覚スクリーニング: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 検査名: [ 自動聴性脳幹反応 (AABR) ・ 耳音響放射 (OAE) ] 結果: [ 両側Pass ・ 片側refer ・ 両側refer ]
	聴性脳幹反応: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 結果: [ 異常なし ・ 波形分離不良 ・ 無反応 ]
画像検査	単純X線検査 (脊椎): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 側彎: [ なし ・ あり ] 所見 (その他): ( )
	MRI検査 (頭部): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 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 ] 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 ] 実施日: ( 年 月 日 ) UGT1A1遺伝子多型解析: UGT1A1*6: [ なし ・ 1アレル ・ 2アレル ] UGT1A1遺伝子多型解析: UGT1A1*28: [ なし ・ 1アレル ・ 2アレル ] 遺伝子検査 (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

生理機能検査	聴性脳幹反応: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 結果: [ 異常なし ・ 波形分離不良 ・ 無反応 ]
画像検査	単純X線検査 (脊椎): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 側彎: [ なし ・ あり ] 所見 (その他): ( )
	MRI検査 (頭部): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 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 ] 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 ] 実施日: ( 年 月 日 ) UGT1A1遺伝子多型解析: UGT1A1*6: [ なし ・ 1アレル ・ 2アレル ] UGT1A1遺伝子多型解析: UGT1A1*28: [ なし ・ 1アレル ・ 2アレル ] 遺伝子検査 (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	急性脳症: [ なし ・ あり ] 発症日: ( )
	詳細: ( )
	合併症 (その他): ( )

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	筋弛緩薬: [ なし ・ あり ] 治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ] 詳細: ( )
	ボツリヌス療法: [ なし ・ あり ] 治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]
	パクロフェン持続随注: [ 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 (腸嚢・胃嚢含む): [ なし ・ 部分経管栄養 ・ 完全経管栄養 ]
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 ] 咽頭気管分離: [ なし ・ あり ] 気管挿管: [ なし ・ あり ] 人工呼吸管理: [ なし ・ あり ]
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 ( )		