

告示番号		55		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	77 早産児ビリルビン脳症							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		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													
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 (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 ]
	パクロフェン持続髄注: [ 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 (腸瘻・胃瘻含む): [ 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 ( )			