

告示番号		6		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〉		1/3		
病名		29 皮質下嚢胞をもつ大頭型白質脳症								受付種別		<input type="checkbox"/> 新規				
保険情報		保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( ) 資格取得年月日 年 月 日														
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)						
住所		郵便番号 ( - ) 都道府県 ( ) 市区町村 ( ) 丁目番地等 ( )														
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地		都道府県 ( ) 市区町村 ( )														
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日								
発症時期		年 月 頃				記載時の年齢		満 歳		か月 日						
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		
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																
最終受診日		( 年 月 日 )														
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:( )														
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 ] 意識障害:[ なし ・ あり ] 不随意運動:[ なし ・ あり ・ 不明 ] 麻痺:[ なし ・ あり ・ 不明 ] 嚥下障害:[ なし ・ あり ] 運動失調:[ なし ・ あり ・ 不明 ]														
		てんかん:[ なし ・ あり ] 発作型:( ) 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 ]														
		骨折:[ なし ・ あり ] 脱臼:[ なし ・ あり ]														
	呼吸器・循環器	呼吸障害:[ なし ・ あり ] 詳細:( )														
	その他	症状 (その他):( )														
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:( )														
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 ] 意識障害:[ なし ・ あり ] 不随意運動:[ なし ・ あり ・ 不明 ] 麻痺:[ なし ・ あり ・ 不明 ] 嚥下障害:[ なし ・ あり ] 運動失調:[ なし ・ あり ・ 不明 ]														
		てんかん:[ なし ・ あり ] 発作型:( ) 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 ]														
		骨折:[ なし ・ あり ] 脱臼:[ なし ・ あり ]														
	呼吸器・循環器	呼吸障害:[ なし ・ あり ] 詳細:( )														
	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																
生理機能検査		脳波検査:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 所見:( )														
		神経伝導検査:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 所見:( )														



上記の通り診断します。

医療機関名	記載年月日	年	月	日
医療機関所在地	診断年月日	年	月	日
電話番号				
	診療科			
	医師名			
	小児慢性特定疾病 指定医番号	(		)

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[ 認定 ・ 不認定 ]
研究同意の有無	[ 有 ・ 無 ]
受給者番号	受給者番号 ( ) 有効期限 年 月 日
階層区分	[ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ]
保険情報	保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( ) 資格取得年月日 年 月 日