

告示番号		38		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		4 脊髄空洞症							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:()											
		水頭症: [なし ・ あり] キアリ奇形: [なし ・ あり] 開放性二分脊椎: [なし ・ あり] 潜在性二分脊椎: [なし ・ あり] 頭蓋頸椎移行部の病変: [なし ・ あり] 脊椎骨・骨髄の奇形: [なし ・ あり] 環軸椎脱臼: [なし ・ あり] 頸椎椎間板ヘルニア: [なし ・ あり]											
症状	筋・骨格	筋力低下: [なし ・ あり] 部位:() 詳細:()											
		筋萎縮: [なし ・ あり] 部位:() 詳細:()											
		側彎: [なし ・ あり]											
		神経原性関節症: [なし ・ あり] 患側の手足の肥大: [なし ・ あり] 胸鎖乳突筋萎縮: [なし ・ あり]											
	精神・神経	感覚障害: [なし ・ あり ・ 不明] 部位:() 詳細:()											
		痙性対麻痺: [なし ・ あり] 弛緩性対麻痺: [なし ・ あり] 麻痺 (その他):()											
		嚥下障害: [なし ・ あり] 舌の萎縮および線維束性収縮: [なし ・ あり] 運動失調: [なし ・ あり ・ 不明]											
		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] 発達障害: [なし ・ あり ・ 不明]											
	呼吸器・ 循環器	呼吸障害: [なし ・ あり] 詳細:()											
	耳鼻咽喉	嚔声: [なし ・ あり]											
	眼	眼振: [なし ・ あり] 瞳孔不同: [なし ・ あり] ホルネル徴候: [なし ・ あり] 眼瞼下垂: [なし ・ あり]											
体温調節異常: [なし ・ あり] 発汗障害: [なし ・ あり] 起立性低血圧: [なし ・ あり] 爪の發育不良: [なし ・ あり] 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:()											
		水頭症: [なし ・ あり] キアリ奇形: [なし ・ あり] 開放性二分脊椎: [なし ・ あり] 潜在性二分脊椎: [なし ・ あり] 頭蓋頸椎移行部の病変: [なし ・ あり] 脊椎骨・骨髄の奇形: [なし ・ あり] 環軸椎脱臼: [なし ・ あり] 頸椎椎間板ヘルニア: [なし ・ あり]											
症状	筋・骨格	筋力低下: [なし ・ あり] 部位:() 詳細:()											
		筋萎縮: [なし ・ あり] 部位:() 詳細:()											
		側彎: [なし ・ あり]											

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]	
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）：()		補装具の使用：[なし ・ あり]	
手術	大後頭孔減圧術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]		実施日：(年 月 日)	
	所見：()			
	空洞－くも膜下腔短絡術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]		実施日：(年 月 日)	
	所見：()			
手術	側彎手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]		実施日：(年 月 日)	
	術式：()			
	所見：()			
	手術（その他）：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]		実施日：(年 月 日) 部位：()	
治療	術式：()		所見：()	
今後の治療方針	治療（その他）：()			
	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	
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（ ）			
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。