

告示番号		20		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〉		1/2			
病名		100 痙攣重積型（二相性）急性脳症								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（ー）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)															
感染症（発症時）		突発性発疹：[なし・あり・不明] インフルエンザウイルス：[なし・あり・不明] ロタウイルス胃腸炎：[なし・あり・不明] 感染症（その他）：()															
症状	全身	発熱（発症時）：[なし・あり・不明]															
	精神・神経	痙攣（発症時）：[なし・あり・不明] 痙攣重積（発症時）：[なし・あり・不明] 痙攣（第3～7病日）：[なし・あり・不明] 意識障害（第3～7病日）：[なし・あり・不明] 発症翌日の意識レベル改善：[なし・あり・不明]															
		症状（その他）：()															
		その他	症状（その他）：()														
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載																	
症状	全身	経口摂取困難：[なし・あり] 体重増加不良：[なし・あり]															
	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] 片麻痺：[なし・あり・不明] 仮性球麻痺：[なし・あり・不明] 運動障害：詳細：()															
		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] 注意欠如多動症：[なし・あり・不明] 限局性学習症：[なし・あり・不明] 発達障害（その他）：()															
		てんかん：[なし・あり] コントロール：[良好・不良]															
呼吸器・循環器	呼吸困難：[なし・あり] 反復する下気道感染：[なし・あり]																
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：()															
画像検査	CT 検査（頭部）：発症日から翌日まで：[未実施・実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()																
	CT 検査（頭部）：第3病日から亜急性期：[未実施・実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()																
	MRI 検査（頭部）：発症日から翌日まで：[未実施・実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()																
	MRI 検査（頭部）：第3病日から亜急性期：[未実施・実施] 実施日：(年 月 日) 皮質下病変：[なし・あり] 所見（その他）：()																
	SPECT 検査（脳血流）：第3病日から亜急性期：[未実施・実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()																
検査所見（その他）		検査所見（その他）：()															

