

告示番号		26		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		18 結節性硬化症							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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg ( SD) 年 月 日		BMI							
										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		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 ] 水頭症症状:[ なし ・ あり ] 運動失調:[ なし ・ あり ・ 不明 ]															
		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 ] 発作型:( ) 頻度:[ 日単位 ・ 週単位 ・ 月単位 ・ 年単位 ]															
		麻痺:[ なし ・ あり ・ 不明 ] 部位:( ) 詳細:( )															
		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 ]															
		その他 症状 (その他):( )															
臨床的診断基準 (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	大症状	呼吸器・循環器		心横紋筋腫 [ なし ・ あり ] ( ) 個										皮膚・粘膜	シャグリンパッチ (粒起革様皮) [ なし ・ あり ] ( ) 個		
		腎・泌尿器		腎血管筋脂肪腫 [ なし ・ あり ] ( ) 個											皮質結節 [ なし ・ あり ] ( ) 個		
		眼		多発性網膜過誤腫 [ なし ・ あり ] ( ) 個										その他	放射状大脳白質神経細胞移動線 [ なし ・ あり ] ( ) 個		
		皮膚・粘膜		脱色素斑 [ なし ・ あり ] ( ) 個											脳室上衣下結節 [ なし ・ あり ] ( ) 個		
				顔面血管線維腫または前額線維斑 [ なし ・ あり ] ( ) 個											脳室上衣下巨大細胞性星状細胞腫 [ なし ・ あり ] ( ) 個		
				爪線維腫 [ なし ・ あり ] ( ) 個											肺リンパ管平滑筋腫症 [ なし ・ あり ] ( ) 個		
		小症状	腎・泌尿器		多発性腎嚢腫 [ なし ・ あり ] ( ) 個										その他	歯エナメル小窩 [ なし ・ あり ] ( ) 個	
			眼		網膜無色素斑 [ なし ・ あり ] ( ) 個											口腔内線維腫 [ なし ・ あり ] ( ) 個	
皮膚・粘膜			散在性小白斑 [ なし ・ あり ] ( ) 個										過誤腫 (腎以外) [ なし ・ あり ] ( ) 個				
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載																	
身体所見		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 ] 水頭症症状:[ なし ・ あり ] 運動失調:[ なし ・ あり ・ 不明 ]															
		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 ] 発作型:( ) 頻度:[ 日単位 ・ 週単位 ・ 月単位 ・ 年単位 ]															
		麻痺:[ なし ・ あり ・ 不明 ] 部位:( ) 詳細:( )															
		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 ]															
		その他 症状 (その他):( )															



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	(		)

医療機関所在地 \_\_\_\_\_ 診断年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

電話番号

診療科

醫師名

小兒慢性特定疾病 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

## 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 ]

保險情報

保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( )

被保險者番号 ( ) 被保險者個人單位枝番 ( )

資格取得年月日 年 月 日