

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------|---|--|--|--|----------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|
| 告示番号 | | 103 | | 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 | | 41 もやもや病 | | | | | | | | 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) | | | | | | | | | | | |
| 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] | | | | | | | | | | | |
| | | 運動失調: [なし ・ あり ・ 不明] | | | | | | | | | | | |
| | | 頭痛: [なし ・ あり] 頻度: () | | | | | | | | | | | |
| | | 詳細: () | | | | | | | | | | | |
| | | 一過性神経症状: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | |
| | | 詳細: () | | | | | | | | | | | |
| | | 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] | | | | | | | | | | | |
| | | 精神症状: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | |
| 筋・骨格 | 筋・骨格 | 詳細: () | | | | | | | | | | | |
| | | 失語症: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | |
| | | 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): () | | | | | | | | | | | |
| | | 麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] 部位: () | | | | | | | | | | | |
| | | 詳細: () | | | | | | | | | | | |
| | | 不随意運動: [なし ・ あり ・ 不明] 部位: () | | | | | | | | | | | |
| | | 詳細: () | | | | | | | | | | | |
| 眼 | 眼 | 感覚障害: [なし ・ あり ・ 不明] 部位: () | | | | | | | | | | | |
| | | 詳細: () | | | | | | | | | | | |
| その他 | その他 | 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 | その他 | 視野欠損: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | |
| | | 詳細: () | | | | | | | | | | | |
| 症状 (その他): () | | | | | | | | | | | | | |
| 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] | | | | | | | | | | | |
| | | 運動失調: [なし ・ あり ・ 不明] | | | | | | | | | | | |
| | | 頭痛: [なし ・ あり] 頻度: () | | | | | | | | | | | |
| | | 詳細: () | | | | | | | | | | | |
| | | 一過性神経症状: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | |
| | | 詳細: () | | | | | | | | | | | |
| | | 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] | | | | | | | | | | | |
| | | 精神症状: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | |
| 筋・骨格 | 筋・骨格 | 詳細: () | | | | | | | | | | | |
| | | 失語症: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | |
| | | 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): () | | | | | | | | | | | | | |

上記の通り診断します。

医療機関名

医療機関所在地

電話番号

記載年月日

年

月

8

診断年月日

年

月

8

診療科

醫師名

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

8

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 ()

被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 ()

資格取得年月日 年 月 日