

告示番号		29		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		22 スタージ・ウェーバー (Sturge-Weber) 症候群								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	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] てんかん:[なし ・ あり] 片頭痛:[なし ・ あり]											
		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):()											
	呼吸器・循環器	呼吸困難:[なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	顔面ポートワイン斑:[なし ・ あり]											
	眼	視力障害:[なし ・ あり] 視野障害:[なし ・ あり] 緑内障:[なし ・ あり] 脈絡膜血管腫:[なし ・ あり]											
その他	軟部組織腫脹:[なし ・ あり] 咬合障害:[なし ・ あり] 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] てんかん:[なし ・ あり] 片頭痛:[なし ・ あり]											
		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):()											
	呼吸器・循環器	呼吸困難:[なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	顔面ポートワイン斑:[なし ・ あり]											
	眼	視力障害:[なし ・ あり] 視野障害:[なし ・ あり] 緑内障:[なし ・ あり] 脈絡膜血管腫:[なし ・ あり]											
その他	軟部組織腫脹:[なし ・ あり] 咬合障害:[なし ・ あり] 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:()											
病理検査		切除標本 (頭蓋内軟膜血管腫):[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()											
		切除標本 (顔面皮膚):[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()											
画像検査		CT 検査 (頭部):[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()											
		MRI 検査 (頭部):[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()											

医療機関・医師署名

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
診断年月日
診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号（

年
年
月
月
日
日

・ 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