

告示番号		42		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		2 脊髄髄膜瘤							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 ] 水頭症: [ なし ・ あり ] 頭囲: ( )cm 頭囲SD: ( ) キアリ奇形: [ なし ・ あり ] 症状: [ 非症候性 ・ 症候性 ] 腰背部の瘤: [ なし ・ あり ] 部位: ( ) 大きさ: ( ) 髄液漏出: [ なし ・ あり ]											
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 ] 意識障害: [ なし ・ あり ] 不随意運動: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 嚥下障害: [ なし ・ あり ] 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: ( )											
		感覚障害: 知覚低下: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 知覚過敏: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 疼痛: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 感覚障害 (その他): ( )											
	筋 ・ 骨 格	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 ]											
		脊椎変形: [ なし ・ あり ] 詳細: ( ) 四肢変形: [ なし ・ あり ] 部位: ( ) 骨折: [ なし ・ あり ] 部位: ( ) 脱臼: [ なし ・ あり ] 部位: ( )											
	呼吸器・ 循環器	呼吸障害: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )											
腎・泌尿器	排尿障害: 尿失禁: [ なし ・ あり ] 間欠導尿: [ なし ・ あり ] 排尿障害 (その他): ( )												
消化器	排便障害: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )												
皮膚・粘膜	褥瘡: [ 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													
画像検査		単純X線検査 (頭部): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )											
		単純X線検査 (脊椎): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )											
		CT検査 (頭部): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )											



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

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