

告示番号		102		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		104 慢性炎症性脱髄性多発神経炎							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)											
症状・経過		再発性または慢性進行性の経過：[なし ・ あり] 期間：()か月											
症状	精神・神経	不随意運動：振戦：[なし ・ あり ・ 不明] 深部腱反射：[正常 ・ 低下 ・ 消失] 部位：() 表在感覚障害：[なし ・ あり] 深部感覚障害：[なし ・ あり]											
		脳神経障害：[なし ・ あり] 詳細：()											
		異常感覚：[なし ・ あり] 部位：() 詳細：()											
		感覚性運動失調：[なし ・ あり ・ 不明] 部位：() 詳細：()											
		自律神経障害：発汗異常：[なし ・ あり] 瞳孔異常：[なし ・ あり] 排尿排便障害：[なし ・ あり]											
	筋・骨格	筋力低下：[なし ・ あり] 詳細：()											
		筋萎縮：[なし ・ あり] 詳細：()											
	呼吸器・循環器	呼吸障害：[なし ・ あり] 詳細：()											
	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・経過		再発性または慢性進行性の経過：[なし ・ あり] 期間：()か月											
症状	精神・神経	不随意運動：振戦：[なし ・ あり ・ 不明] 深部腱反射：[正常 ・ 低下 ・ 消失] 部位：() 表在感覚障害：[なし ・ あり] 深部感覚障害：[なし ・ あり]											
		脳神経障害：[なし ・ あり] 詳細：()											
		異常感覚：[なし ・ あり] 部位：() 詳細：()											
		感覚性運動失調：[なし ・ あり ・ 不明] 部位：() 詳細：()											
		自律神経障害：発汗異常：[なし ・ あり] 瞳孔異常：[なし ・ あり] 排尿排便障害：[なし ・ あり]											
	筋・骨格	筋力低下：[なし ・ あり] 詳細：()											
		筋萎縮：[なし ・ あり] 詳細：()											
	呼吸器・循環器	呼吸障害：[なし ・ あり] 詳細：()											
	その他	症状 (その他)：()											

