

告示番号		104		神経・筋疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/3	
病名		99 ラスムッセン (Rasmussen) 脳炎						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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 (申請時) ※直近の状況を記載													
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] 不随意運動:[なし ・ あり ・ 不明] 麻痺:[なし ・ あり ・ 不明] 運動失調:[なし ・ あり ・ 不明] 表在感覚障害:[なし ・ あり] 深部感覚障害:[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):()											
		てんかん:[なし ・ あり] 発作型:() 単位:[日単位 ・ 週単位 ・ 月単位 ・ 年単位] 回数:()回											
		持続性部分てんかん発作 (epilwpsia partialis comtimua; EPC):[なし ・ あり] 開始年齢:()歳 てんかん発作重積 (その他):()											
	筋・骨格	筋緊張低下:[なし ・ あり ・ 不明] 詳細:()											
		筋緊張亢進:体幹:[なし ・ あり ・ 不明] 四肢:[なし ・ あり ・ 不明]											
	呼吸器・循環器	呼吸障害:[なし ・ あり] 詳細:()											
	眼	視野障害:半盲:[なし ・ あり] 1/4盲 :[なし ・ あり] 眼症状 (その他):()											
	その他	体温調節異常:[なし ・ あり] 症状 (その他):()											
	検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載												
髄液検査		細胞数:()/μL 総蛋白:()mg/dL・未実施											
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		脳生検:[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:()											
発達・知能指数検査		発達・知能指数検査:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 実施時年齢:(歳 か月) 検査名:[田中・ビネー式 ・ WPPSI ・ WISC ・ WAIS-R ・ 新版K式 ・ K-ABC ・ 遠城寺式 ・ KIDS ・ その他] 検査名 (その他):() DQまたはIQ値:()											
検査所見 (その他)		検査所見 (その他):()											

その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：()
-----	---------------------------

経過（申請時） ※直近の状況を記載

薬物療法	抗てんかん薬：[なし ・ あり]		
	薬剤名（静注）①：（	） 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]	
	薬剤名（静注）②：（	） 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]	
	薬剤名（静注）③：（	） 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]	
	薬剤名（静注）④：（	） 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]	
	薬剤名（内服）①：（	） 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]	
	薬剤名（内服）②：（	） 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]	
	薬剤名（内服）③：（	） 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]	
	薬剤名（内服）④：（	） 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]	
	免疫抑制薬：[なし ・ あり] 薬剤名：（		）
治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]			
ステロイド薬：[なし ・ あり]		治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]	
ステロイドパルス療法：[なし ・ あり]		治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]	
γグロブリン療法：[なし ・ あり]		治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]	
薬物療法（その他）：（		）	

栄養管理	経管栄養（腸瘻・胃瘻含む）：[なし ・ あり] 中心静脈栄養：[なし ・ あり]
	ケトン食：[なし ・ あり] 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 食事療法（その他）：()

呼吸管理	酸素療法：[なし ・ あり] 気管挿管：[なし ・ あり]	非侵襲的陽圧換気療法：[なし ・ あり] 人工呼吸管理：[なし ・ あり]	気管切開管理：[なし ・ あり]
------	--------------------------------------	--	--------------------

血液淨化	腹膜透析 (慢性透析): [未實施 • 實施]	導入年月: (年 月)
	血液透析 (慢性透析): [未實施 • 實施]	導入年月: (年 月)

[illegible]

治療	治療（その他）：（ ）
----	-------------

	今後の治療方針：（ ）									
今後の治療方針	治療見込み期間（入院）開始日：（ 年 月 日 ）終了日：（ 年 月 日 ）									
	治療見込み期間（外来）開始日：（ 年 月 日 ）終了日：（ 年 月 日 ）通院頻度：（ ）回／月									

就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校(通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校(小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校／専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()
---------	--

医療機関・医師署名

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	()	

