告示番号 81 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〉 1/2

病名	102 難治頻回部分発作重積型急性脳炎	受付種別	□ 継続 転出実施主体名 □ 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) (姓名)	以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓名)
住所	郵便番号 (ー) 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	治癒 ・ 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] 精神症状 : [なし ・ あり] 記憶障害 : [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 : ( ) 頻度 : [日単位 ・ 週単位 ・ 月単位 ・ 年単位]
	その他	症状 (その他) : ( )

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	白血球数 : ( )/μL	赤血球数 : ( )×10⁴/μL	ヘモグロビン (Hb) : ( )g/dL
	血小板数 : ( )×10⁴/μL	PT : ( )秒	PT : ( )%
	PT-INR : ( )	APTT : ( )秒	血清総ビリルビン (T-Bil) : ( )mg/dL
	血清直接ビリルビン (D-Bil) : ( )mg/dL	AST : ( )U/L	ALT : ( )U/L
髄液検査	細胞数 : ( )/μL	総蛋白 : ( )mg/dL・未実施	
	ウイルスの検出 : [なし ・ あり]	IFN-α値の上昇 : [なし ・ あり]	ネオプテリン値の上昇 : [なし ・ あり]
生理機能検査	脳波検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)		
	高振幅徐波 : [なし ・ あり] 周期性放電 : [なし ・ あり]		発作時の周期的な発作出現 : [なし ・ あり]
	所見 (その他) : ( )		
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 : ( )		
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	汎血球減少 : [なし ・ あり]	播種性血管内凝固 : [なし ・ あり]	肝機能障害 : [なし ・ あり]	薬疹 : [なし ・ あり]
	合併症 (その他) : ( )			

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 (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]
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) : ( )	

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 81　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〉 2/2

呼吸管理	酸素療法：[なし ・ あり]　非侵襲的陽圧換気療法：[なし ・ あり]　気管切開管理：[なし ・ あり] 気管挿管：[なし ・ あり]　人工呼吸管理：[なし ・ あり]
手術	てんかん外科手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]　実施日：（　年　月　日 ） 術式：（　） 所見：（　） 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]
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
医療機関所在地
電話番号

記載年月日　年　月　日
診断年月日　年　月　日

診療科
医師名
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　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