告示番号 62　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	103 多発性硬化症	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）
病型		病型（多発性硬化症）：[再発寛解型 ・ 一次性慢性進行型 ・ 二次性慢性進行型 ・ 視神経脊髄炎 ・ その他] 病型（その他）：（　　）
症状・経過		臨床象：[単相性 ・ 多相性 ・ 慢性進行性]
		再発：[なし ・ あり]　過去1年間の再発回数：（　　）回／年
		神経症状評価尺度（EDSS）：[0 ・ 0.5 ・ 1 ・ 1.5 ・ 2 ・ 2.5 ・ 3 ・ 3.5 ・ 4 ・ 4.5 ・ 5 ・ 5.5 ・ 6 ・ 6.5 ・ 7 ・ 7.5 ・ 8 ・ 8.5 ・ 9 ・ 9.5 ・ 10]
		これまで脱随事象：[なし ・ あり]　回数：（　　）回　ADEM様事象：[なし ・ あり]
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] てんかん：[なし ・ あり]　意識の変容または行動変化：[なし ・ あり ・ 不明]　精神症状：[なし ・ あり] 不随意運動：[なし ・ あり ・ 不明]　嚥下障害：[なし ・ あり]　病的反射：[なし ・ あり] 腱反射亢進：[なし ・ あり]　表在感覚障害：[なし ・ あり]　深部感覚障害：[なし ・ あり]
		麻痺：[なし ・ あり ・ 不明] 部位：（　　） 詳細：（　　）
		運動失調：[なし ・ あり ・ 不明] 詳細：（　　）
	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]
		構音障害：[なし ・ あり]　難治性吃逆：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	呼吸障害：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
	腎・泌尿器	排尿障害：[なし ・ あり]
	消化器	排便障害：[なし ・ あり]
	眼	視力障害：[なし ・ あり]　部位：[左 ・ 右 ・ 両側]　複視：[なし ・ あり]
	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	血清アルブミン：（　　）g/dL	血清IgG：（　　）mg/dL	AQP4抗体：[陰性 ・ 陽性]
髄液検査	細胞数：（　　）/μL	総蛋白：（　　）mg/dL・未実施	オリゴクローナルバンド：[なし ・ あり]
	アルブミン：（　　）g/dL	IgG：（　　）mg/dL	IgG index：（　　）
生理機能検査	誘発電位検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日）		
	検査名：（　　）		
	所見：（　　）		
画像検査	MRI検査（頭部）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日）		
	大脳病変：[なし ・ あり] ガドリニウム造影効果：[なし ・ あり] 部位：（　　）		
	小脳病変：[なし ・ あり] ガドリニウム造影効果：[なし ・ あり]		
	脳幹病変：[なし ・ あり] ガドリニウム造影効果：[なし ・ あり]		
	視神経病変：[なし ・ あり] ガドリニウム造影効果：[なし ・ あり]		
	所見（その他）：（　　）		

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 62　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

画像検査	MRI 検査（脊髄）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 脊髄病変：[なし ・ あり]　ガドリニウム造影効果：[なし ・ あり] 所見（その他）：（　）
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	ステロイド薬：[なし ・ あり]　ステロイドパルス療法 ：[なし ・ あり]　インターフェロンβ：[なし ・ あり] γグロブリン療法：[なし ・ あり] 免疫抑制薬：[なし ・ あり]　薬剤名：（　）
血液浄化	アフェレシス：[未実施 ・ 実施]
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 （　）

・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