

告示番号		40		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		3 脊髄脂肪腫						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 ・ 独立立 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明] 痙攣：[なし ・ あり] 意識障害：[なし ・ あり] 嚥下障害：[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]												
		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：() 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 (申請時) ※直近の状況を記載														
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：()													
	CT 検査 (その他)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()													
	MRI 検査 (頭部)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()													
	MRI 検査 (脊髄)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()													

[illegible]

