

告示番号		88		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		8 全前脳症						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    )											
身体所見		小頭症 (−2.0SD以下) : [    なし    ・    あり    ]      大頭症 (+2.0SD以上) : [    なし    ・    あり    ]      頭囲 : (                      )cm      頭囲SD : (                      ) 顔貌所見 : 単眼 : [    なし    ・    あり    ]      眼間狭小 : [    なし    ・    あり    ]      鼻中隔所見 : [    なし    ・    鼻中隔欠損    ・    鼻中隔低形成    ] 口唇裂 : [    なし    ・    あり    ]      口蓋裂 : [    なし    ・    あり    ]      単一切歯 : [    なし    ・    あり    ]      顔面正中低形成 : [    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    ] 嚥下障害 : [    なし    ・    あり    ]											
		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    ]											
	呼吸器・循環器	呼吸障害 : [    なし    ・    あり    ]      SpO <sub>2</sub> (非補助時) : (                      )% 詳細 : (                      )											
	眼	眼症状 : [    なし    ・    あり    ] 詳細 : (                      )											
	耳鼻咽喉	聴力障害 : [    なし    ・    あり    ]                      聴力 (右) : (                      )dB                      聴力 (左) : (                      )dB											
	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Na : (                      )mEq/L                      血清K : (                      )mEq/L                      血清Cl : (                      )mEq/L 内分泌学的検査 : [    未実施    ・    実施    ] 所見 : (                      )											
生理機能検査		脳波検査 : [    未実施    ・    実施    ]                      実施日 : (                      年                      月                      日    ) 所見 : (                      )											
感染症免疫学的検査		ウイルス検査 : [    未実施    ・    実施    ]                      実施日 : (                      年                      月                      日    ) 所見 : (                      )											
画像検査		CTまたはMRI検査 (頭部) : [    未実施    ・    実施    ]                      実施日 : (                      年                      月                      日    ) 脳梁欠損 : [    なし    ・    あり    ]                      透明中隔欠損 : [    なし    ・    あり    ]                      Chiari奇形 : [    なし    ・    あり    ] 左右大脳半球の不分離 : [    なし    ・    あり    ]                      単一脳室 : [    なし    ・    あり    ]                      背側嚢胞 : [    なし    ・    あり    ] 半球間裂欠損または低形成 : [    なし    ・    あり    ]                      視床癒合 : [    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 : (                      )											
遺伝学的検査		染色体検査 : [    未実施    ・    実施    ]                      実施日 : (                      年                      月                      日    ) 所見 : (                      )											
		遺伝子検査 : [    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	合併奇形：[ なし ・ あり ] 詳細：( ) 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 ]
------	---------------------------	--------------------

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 ]
------	--------------------------------------	--	--------------------

褥瘡管理	褥瘡管理：[ なし ・ あり ]
------	------------------

リハビリテーション	理学療法：[ 未実施 ・ 実施 ] リハビリテーション（その他）：( )
-----------	---

[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	(		)

・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