

受給者番号（）

患者氏名（）

2025a-001

告示番号

95

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

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]

治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]

詳細：（）

ACTH療法：[なし ・ あり]

治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]

ボツリヌス療法：[なし ・ あり]

治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]

筋弛緩薬：[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）：（）

手術

髄腔内パクロフェン療法：[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

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