告示番号 1　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	98 亜急性硬化性全脳炎	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] 精神運動機能の退行：[なし ・ あり]　性格変化：[なし ・ あり]　行動異常：[なし ・ あり] 麻痺：[なし ・ あり ・ 不明]　運動失調：[なし ・ あり ・ 不明]
		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]　失立発作または転倒発作：[なし ・ あり]
		意識障害：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
		不随意運動：[なし ・ あり ・ 不明]　ミオクローヌス：[なし ・ あり ・ 不明] 不随意運動（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：[なし ・ あり ・ 不明] 詳細：（　　）
	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
髄液検査		アルブミン：（　　）g/dL　IgG：（　　）mg/dL　IgG index：（　　）
生理機能検査		脳波検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日）　周期性同期性放電：[なし ・ あり] 所見（その他）：（　　）
感染症免疫学的検査	血液	麻疹ウイルス抗体価（NT）：（　　）倍・未実施　麻疹ウイルス抗体価（PA）：（　　）倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価（HI）：（　　）倍・未実施　麻疹ウイルス抗体価（CF）：（　　）倍・未実施 麻疹ウイルスIgG（EIA）：（　　）・未実施
	髄液	麻疹ウイルス抗体価（NT）：（　　）倍・未実施　麻疹ウイルス抗体価（PA）：（　　）倍・未実施 麻疹ウイルス抗体価（HI）：（　　）倍・未実施　麻疹ウイルス抗体価（CF）：（　　）倍・未実施 麻疹ウイルスIgG（EIA）：（　　）・未実施
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：（　　）
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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 1　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〉

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：（　　）
既往歴	麻疹罹患歴：[なし ・ あり]　罹患年齢：（　　歳　　か月 ）
予防接種歴	麻疹予防接種：[なし ・ あり]　最終接種時年齢：（　　歳　　か月 ）
病期分類	病期分類：[Ⅰ期 ・ Ⅱ期 ・ Ⅲ期 ・ Ⅳ期 ・ Ⅴ期]

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]　イソプリノシン：[なし ・ あり]　リバビリン：[なし ・ あり] インターフェロン：髄注：[なし ・ あり]　脳室内投与：[なし ・ あり]　静注：[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]　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]
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