

告示番号		23		神経・筋疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2					
病名		13 結節性硬化症						受付種別		<input type="checkbox"/> 新規							
受給者番号				受診日		年 月 日											
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)											
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定							
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村							
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		%					
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日											
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 ()															
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
身体所見		頭囲：()cm 頭囲SD：()															
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] 意識障害：[なし ・ あり] 不随意運動：[なし ・ あり ・ 不明] 水頭症症状：[なし ・ あり] 運動失調：[なし ・ あり ・ 不明]													
				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：()													
				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]											
その他		症状 (その他)：()															
臨床的診断基準 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																	
症状		大症状		呼吸器・循環器		心横紋筋腫 [なし ・ あり] () 個				皮膚・粘膜		シャグリンパッチ (粒起革様皮)		[なし ・ あり] () 個			
				腎・泌尿器		腎血管筋脂肪腫 [なし ・ あり] () 個						皮質結節		[なし ・ あり] () 個			
				眼		多発性網膜過誤腫 [なし ・ あり] () 個						その他		放射状大脳白質神経細胞移動線		[なし ・ あり] () 個	
				皮膚・粘膜		脱色素班 [なし ・ あり] () 個								脳室上衣下結節		[なし ・ あり] () 個	
						顔面血管線維腫または前額線維斑 [なし ・ あり] () 個								脳室上衣下巨大細胞性星状細胞腫		[なし ・ あり] () 個	
		小症状		腎・泌尿器		多発性腎嚢腫 [なし ・ あり] () 個				その他		歯エナメル小窩		[なし ・ あり] () 個			
						眼		網膜無色素班 [なし ・ あり] () 個				口腔内線維腫		[なし ・ あり] () 個			
皮膚・粘膜						散在性小白斑 [なし ・ あり] () 個		過誤腫 (腎以外)				[なし ・ あり] () 個					
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載																	
身体所見		頭囲：()cm 頭囲SD：()															
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] 意識障害：[なし ・ あり] 不随意運動：[なし ・ あり ・ 不明] 水頭症症状：[なし ・ あり] 運動失調：[なし ・ あり ・ 不明]													
				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：()													
				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]											
その他		症状 (その他)：()															

受給者番号() 患者氏名()

臨床的診断基準（申請時） ※直近の状況を記載

症 状	大症状	呼吸器・循環器	心横紋筋腫	[なし ・ あり]	() 個	皮膚・粘膜	シャブリンパッチ (粒起革様皮)	[なし ・ あり]	() 個	
		腎・泌尿器	腎血管筋脂肪腫	[なし ・ あり]	() 個		皮質結節	[なし ・ あり]	() 個	
		眼	多発性網膜過誤腫	[なし ・ あり]	() 個		その他	放射状大脳白質神経細胞移動線	[なし ・ あり]	() 個
		皮膚・粘膜	脱色素斑	[なし ・ あり]	() 個			脳室上衣下結節	[なし ・ あり]	() 個
	顔面血管線維腫または前額線維斑		[なし ・ あり]	() 個	脳室上衣下巨大細胞性星状細胞腫	[なし ・ あり]		() 個		
	爪線維腫		[なし ・ あり]	() 個	肺リンパ管平滑筋腫症	[なし ・ あり]	() 個			
	小症状	腎・泌尿器	多発性腎嚢腫	[なし ・ あり]	() 個	その他	歯エナメル小窩	[なし ・ あり]	() 個	
		眼	網膜無色素斑	[なし ・ あり]	() 個		口腔内線維腫	[なし ・ あり]	() 個	
皮膚・粘膜		散在性小白斑	[なし ・ あり]	() 個	過誤腫 (腎以外)		[なし ・ あり]	() 個		

[illegible]

検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載	
生理機能検査	脳波検査：[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：()
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) TSC1遺伝子異常：[なし ・ あり] TSC2遺伝子異常：[なし ・ あり] 遺伝子異常（その他）：()
検査所見（その他）	検査所見（その他）：()

検査所見（申請時）	※直近の状況を記載
-----------	-----------

[illegible]

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	抗腫瘍薬：エペロリムス：[なし ・ あり] シロリムス：[なし ・ あり] 抗腫瘍薬（その他）：()
	抗てんかん薬：[なし ・ あり] 薬物療法（その他）：()
カテーテル治療	カテーテル塞栓術：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
手術	腫瘍切除術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 部位：() 術式：() 所見：()
	手術（その他）：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 部位：() 術式：() 所見：()
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

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
医療機関住所	診療科			
	医師名	(印)		
	小児慢性特定疾病 指定医番号	()