

告示番号		76		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		34 もやもや病						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													
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]											
		運動失調：[なし ・ あり ・ 不明]											
		頭痛：[なし ・ あり] 頻度：()											
		詳細：()											
		一過性神経症状：[なし ・ あり]											
		詳細：()											
		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]											
		精神症状：[なし ・ あり]											
		詳細：()											
		失語症：[なし ・ あり]											
		詳細：()											
		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)：()													
筋・骨格	麻痺：[なし ・ あり ・ 不明] 部位：()												
	詳細：()												
	不随意運動：[なし ・ あり ・ 不明] 部位：()												
	詳細：()												
眼	感覚障害：[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	視野欠損：[なし ・ あり]												
	詳細：()												
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
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]											
		運動失調：[なし ・ あり ・ 不明]											
		頭痛：[なし ・ あり] 頻度：()											
		詳細：()											
		一過性神経症状：[なし ・ あり]											
		詳細：()											
		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]											
		精神症状：[なし ・ あり]											
		詳細：()											
		失語症：[なし ・ あり]											
		詳細：()											
		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)：()													

受給者番号（		患者氏名（		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		2/2				
告示番号		76		神経・筋疾患（								
症状	精神・神経	麻痺：[なし ・ あり ・ 不明] 部位：（						）				
		詳細：（						）				
		不随意運動：[なし ・ あり ・ 不明] 部位：（						）				
		詳細：（						）				
	筋・骨格	感覚障害：[なし ・ あり ・ 不明] 部位：（						）				
		詳細：（						）				
	眼	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	視野欠損：[なし ・ あり]											
	詳細：（						）					
		症状（その他）：（						）				
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												
画像検査	MRI検査（頭部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（						年		月	日	）	
	梗塞部位：（						）					
	MRA検査（頭部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（						年		月	日	）	
	撮影条件：（						）					
	動脈病変：[なし ・ 一側 ・ 両側] 大脳基底核部の異常血管網：[なし ・ あり]											
発達・知能指数検査	動脈狭窄または閉塞：[なし ・ 右 ・ 左 ・ 両側] 中大脳動脈病変：[なし ・ 右 ・ 左 ・ 両側]											
	前大脳動脈病変：[なし ・ 右 ・ 左 ・ 両側]											
	血管造影（脳）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（						年		月	日	）	
	大脳基底核部の異常血管網：[なし ・ あり]											
	所見（その他）：（						）					
		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）：（						）				
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載												
画像検査	MRI検査（頭部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（						年		月	日	）	
	梗塞部位：（						）					
	MRA検査（頭部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（						年		月	日	）	
	撮影条件：（						）					
	動脈病変：[なし ・ 一側 ・ 両側] 大脳基底核部の異常血管網：[なし ・ あり]											
発達・知能指数検査	動脈狭窄または閉塞：[なし ・ 右 ・ 左 ・ 両側] 中大脳動脈病変：[なし ・ 右 ・ 左 ・ 両側]											
	前大脳動脈病変：[なし ・ 右 ・ 左 ・ 両側]											
	血管造影（脳）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（						年		月	日	）	
	大脳基底核部の異常血管網：[なし ・ あり]											
	所見（その他）：（						）					
		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）：（						）				
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：（						）					
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]											
	詳細：（						）					
既往歴	自己免疫疾患：[なし ・ あり] 髄膜炎：[なし ・ あり] 脳腫瘍：[なし ・ あり] ダウン症：[なし ・ あり]											
	神経線維腫症：[なし ・ あり] 頭部外傷：[なし ・ あり] 頭部放射線治療：[なし ・ あり]											
	既往歴（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] 抗血小板剤：[なし ・ あり]											
	薬物療法（その他）：（						）					
手術	血行再建術（左側）：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：（						年		月	日	）	
	術式：（						）					
	所見：（						）					
	血行再建術（右側）：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：（						年		月	日	）	
治療	術式：（						）					
	所見：（						）					
		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（						）				