

告示番号		18		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		74 自己免疫介在性脳炎・脳症							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)		体重 (測定日)		kg (SD)		BMI			
				年 月 日				年 月 日		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													
病型		抗NMDA受容体脳炎 ・ 抗VGKC複合体抗体陽性脳炎 ・ 病型 (その他): ()											
感染症 (発症時)		ウイルス感染症の前駆症状: [なし ・ あり ・ 不明]											
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] てんかん: [なし ・ あり] 意識の変容または行動変化: [なし ・ あり ・ 不明] 精神症状: [なし ・ あり] 不随意運動: [なし ・ あり ・ 不明] 麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] 嚥下障害: [なし ・ あり] 睡眠障害: [なし ・ あり ・ 不明] 記憶障害: [なし ・ あり] 言語障害: [なし ・ あり ・ 不明] 運動失調: [なし ・ あり ・ 不明] 病的反射: [なし ・ あり] 腱反射亢進: [なし ・ あり] 感覚障害: [なし ・ あり ・ 不明] 自律神経障害: [なし ・ あり]											
		筋・骨格 筋緊張低下: [なし ・ あり ・ 不明] 筋緊張亢進: [なし ・ あり ・ 不明] ミオトニア: [なし ・ あり ・ 不明] 構音障害: [なし ・ あり]											
		呼吸器・循環器 呼吸障害: [なし ・ あり] 詳細: ()											
		腎・泌尿器 排尿障害: [なし ・ あり]											
		消化器 排便障害: [なし ・ あり]											
		眼 視力障害: [なし ・ あり]											
		その他 症状 (その他): ()											
	臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載												
病型		抗NMDA受容体脳炎 ・ 抗VGKC複合体抗体陽性脳炎 ・ 病型 (その他): ()											
感染症 (発症時)		ウイルス感染症の前駆症状: [なし ・ あり ・ 不明]											
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] 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): () 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] てんかん: [なし ・ あり] 意識の変容または行動変化: [なし ・ あり ・ 不明] 精神症状: [なし ・ あり] 不随意運動: [なし ・ あり ・ 不明] 麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] 嚥下障害: [なし ・ あり] 睡眠障害: [なし ・ あり ・ 不明] 記憶障害: [なし ・ あり] 言語障害: [なし ・ あり ・ 不明] 運動失調: [なし ・ あり ・ 不明] 病的反射: [なし ・ あり] 腱反射亢進: [なし ・ あり] 感覚障害: [なし ・ あり ・ 不明] 自律神経障害: [なし ・ あり]											
		筋・骨格 筋緊張低下: [なし ・ あり ・ 不明] 筋緊張亢進: [なし ・ あり ・ 不明] ミオトニア: [なし ・ あり ・ 不明] 構音障害: [なし ・ あり]											
		呼吸器・循環器 呼吸障害: [なし ・ あり] 詳細: ()											
		腎・泌尿器 排尿障害: [なし ・ あり]											
	その他	消化器 排便障害: [なし ・ あり]											
眼 視力障害: [なし ・ あり]													
症状 (その他): ()													

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		18		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〉		2/2	
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													
血液検査		血清アルブミン：()g/dL 血清IgG：()mg/dL 抗NMDA受容体抗体：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 抗VGKC複合体抗体：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 自己抗体（その他）：()											
髄液検査		細胞数：()/μL 総蛋白：()mg/dL・未実施 オリゴクローナルバンド：[なし ・ あり] アルブミン：()g/dL IgG：()mg/dL IgG index：() 抗NMDA受容体抗体：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 抗VGKC複合体抗体：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 自己抗体（その他）：()											
生理機能検査		脳波検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
		誘発電位検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 検査名：() 所見：()											
画像検査		MRI検査（頭部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 病変：[なし ・ あり] ガドリニウム造影効果：[なし ・ あり] 部位：() 所見（その他）：()											
		核医学検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 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] DQまたはIQ値：() 検査名（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													
血液検査		血清アルブミン：()g/dL 血清IgG：()mg/dL 抗NMDA受容体抗体：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 抗VGKC複合体抗体：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 自己抗体（その他）：()											
髄液検査		細胞数：()/μL 総蛋白：()mg/dL・未実施 オリゴクローナルバンド：[なし ・ あり] アルブミン：()g/dL IgG：()mg/dL IgG index：() 抗NMDA受容体抗体：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 抗VGKC複合体抗体：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 自己抗体（その他）：()											
生理機能検査		脳波検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
		誘発電位検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 検査名：() 所見：()											
画像検査		MRI検査（頭部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 病変：[なし ・ あり] ガドリニウム造影効果：[なし ・ あり] 部位：() 所見（その他）：()											
		核医学検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 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] DQまたはIQ値：() 検査名（その他）：()											
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：()											
経過（申請時） ※直近の状況を記載													
薬物療法		ステロイド薬：[なし ・ あり] ステロイドパルス療法 ：[なし ・ あり] γグロブリン療法：[なし ・ あり] 免疫抑制薬：[なし ・ あり] 薬剤名：() 生物学的製剤：[なし ・ あり] 詳細：()											
血液浄化		アフェレシス：[未実施 ・ 実施]											
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 ()											