

告示番号		58		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		76 多発性硬化症						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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 (申請時) ※直近の状況を記載													
病型		病型 (多発性硬化症): [再発寛解型 ・ 一次性慢性進行型 ・ 二次性慢性進行型 ・ 視神経脊髄炎 ・ その他] 病型 (その他): ()											
症状・経過		臨床象: [単相性 ・ 多相性 ・ 慢性進行性]											
		再発: [なし ・ あり] 過去1年間の再発回数: ()回／年											
		神経症状評価尺度 (EDSS): [0 ・ 1 ・ 1.5 ・ 2 ・ 2.5 ・ 3 ・ 3.5 ・ 4 ・ 4.5 ・ 5.5 ・ 6 ・ 6.5 ・ 7 ・ 7.5 ・ 8 ・ 8.5 ・ 9 ・ 9.5 ・ 10]											
		これまで脱随事象: [なし ・ あり] 回数: ()回 ADEM様事象: [なし ・ あり]											
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] 嚥下障害: [なし ・ あり] 病的反射: [なし ・ あり] 腱反射亢進: [なし ・ あり] 表在感覚障害: [なし ・ あり] 深部感覚障害: [なし ・ あり]											
		麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] 部位: () 詳細: ()											
		運動失調: [なし ・ あり ・ 不明] 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]											
		構音障害: [なし ・ あり] 難治性吃逆: [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] 部位: [左 ・ 右 ・ 両側] 複視: [なし ・ あり]											
	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				AQP4抗体: [陰性 ・ 陽性]			
髄液検査		細胞数: ()/μL アルブミン: ()g/dL				総蛋白: ()mg/dL ・ 未実施 IgG: ()mg/dL				オリゴクローナルバンド: [なし ・ あり] IgG index: ()			
生理機能検査		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)											
		大脳病変: [なし ・ あり] ガドリニウム造影効果: [なし ・ あり] 部位: ()											
		小脳病変: [なし ・ あり] ガドリニウム造影効果: [なし ・ あり]											
		脳幹病変: [なし ・ あり] ガドリニウム造影効果: [なし ・ あり]											
		視神経病変: [なし ・ あり] ガドリニウム造影効果: [なし ・ あり]											
		所見 (その他): ()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	58	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
画像検査	MRI 検査（脊髄）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 脊髄病変：[なし ・ あり] ガドリニウム造影効果：[なし ・ あり] 所見（その他）：()					
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）：()					
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] インターフェロンβ：[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：()					
血液浄化	アフエレシス：[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 ()					