

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		71 亜急性硬化性全脳炎						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														
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 ・ 歩歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明] 精神運動機能の遅行：[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] 失発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										
				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〉	2/2
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						
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 ()			