

告示番号		39		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		2 脊髄髄膜瘤								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													
身体所見		小頭症 (−2.0SD以下): [なし ・ あり] 大頭症 (+2.0SD以上): [なし ・ あり] 水頭症: [なし ・ あり] 頭囲: ()cm 頭囲SD: () キアリ奇形: [なし ・ あり] 症状: [非症候性 ・ 症候性] 腰背部の瘤: [なし ・ あり] 部位: () 大きさ: () 髄液漏出: [なし ・ あり]											
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] 意識障害: [なし ・ あり] 不随意運動: [なし ・ あり ・ 不明] 嚥下障害: [なし ・ あり] 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: ()											
		感覚障害: 知覚低下: [なし ・ あり ・ 不明] 知覚過敏: [なし ・ あり ・ 不明] 疼痛: [なし ・ あり ・ 不明] 感覚障害 (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: 体幹: [なし ・ あり ・ 不明] 四肢: [なし ・ あり ・ 不明] 脊椎変形: [なし ・ あり] 詳細: () 四肢変形: [なし ・ あり] 部位: () 骨折: [なし ・ あり] 部位: () 脱臼: [なし ・ あり] 部位: ()										
	呼吸器・循環器 呼吸障害: [なし ・ あり] 詳細: ()												
	腎・泌尿器 排尿障害: 尿失禁: [なし ・ あり] 間欠導尿: [なし ・ あり] 排尿障害 (その他): ()												
	消化器 排便障害: [なし ・ あり] 詳細: ()												
	皮膚・粘膜 褥瘡: [なし ・ あり]												
	その他 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		単純X線検査 (頭部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()											
		単純X線検査 (脊椎): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()											
		CT 検査 (頭部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()											

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	39	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
画像検査	CT 検査（その他）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 部位：（ ） 所見：（ ）				
	MRI 検査（頭部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）				
	MRI 検査（脊髄）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）				
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	単純X線検査（頭部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）				
	単純X線検査（脊椎）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）				
	CT 検査（頭部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）				
	CT 検査（その他）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 部位：（ ） 所見：（ ）				
	MRI 検査（頭部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）				
	MRI 検査（脊髄）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）				
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	抗てんかん薬：[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]				
排泄管理	自己導尿：[なし ・ あり] 便秘治療：[なし ・ あり]				
褥瘡管理	褥瘡管理：[なし ・ あり]				
手術	水頭症手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：（ 年 月 日 ） 術式：（ ） 所見：（ ）				
	脳・頭蓋手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：（ 年 月 日 ） 術式：（ ） 所見：（ ）				
	脊椎・下肢手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：（ 年 月 日 ） 術式：（ ） 所見：（ ）				
	脊髄手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：（ 年 月 日 ） 術式：（ ） 所見：（ ）				
	尿路変更手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：（ 年 月 日 ） 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 医療機関住所		記載年月日 年 月 日 診療科 医師名 (印) 小児慢性特定疾病 指定医番号（ ）			