

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〈新規申請用〉		1/2	
病名		74 亜急性硬化性全脳炎								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													
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] 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)：()									
		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] 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 (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									
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) 周期性同周期性放電：[なし ・ あり] 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〈新規申請用〉		2/2			
検査	感染症免疫学的	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										
	髄液	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											
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）：（ ）											
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）：（ ）											
検査	感染症免疫学的	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										
	髄液	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											
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）：（ ）											
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（ ）			
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				()			