

告示番号		19		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		77 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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI				
										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]												
症状	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):()												

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号		19		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		()	