

|  |       |  |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
|--|-------|--|--|--|--|---|--|----------------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|
| 告示番号   |       | 79   |  | 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   |       | 35 もやもや病   |  |  |  |   |  | 受付種別                 |  | <input type="checkbox"/> 新規 |  |               |  |
| 受給者番号  |       |  |  | 受診日                                      |  | 年 月 日                                       |  |                      |  |                             |  |               |  |
| ふりがな<br>氏名<br>(Alphabet)                         |       |  |  |  |  | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(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<br>身長・体重                                     |       | 身長<br>(測定日)  |  | cm ( SD)<br>年 月 日                        |  | 体重<br>(測定日)                                 |  | kg ( SD)<br>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          |       |  |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
| 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 ]   |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
|  |       | 運動失調：[ なし ・ あり ・ 不明 ]  |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
|  |       | 頭痛：[ なし ・ あり ] 頻度：( )  |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
|  |       | 詳細：( )   |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
|  |       | 一過性神経症状：[ なし ・ あり ]  |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
|  |       | 詳細：( )   |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
|  |       | 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 ]   |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
|  |       | 精神症状：[ なし ・ あり ]   |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
|  |       | 詳細：( )   |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
|  |       | 失語症：[ なし ・ あり ]  |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
| 詳細：( )   |       |  |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
| 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)：( )                                   |       |  |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
| 麻痺：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 部位：( )                       |       |  |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
| 詳細：( )   |       |  |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
| 不随意運動：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 部位：( )                    |       |  |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
| 詳細：( )   |       |  |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
| 感覚障害：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 部位：( )                     |       |  |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
| 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 ]  |  |                             |  |               |  |
| 眼  |       | 視野欠損：[ なし ・ あり ]   |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
|  |       | 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 ]   |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
|  |       | 運動失調：[ なし ・ あり ・ 不明 ]  |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
|  |       | 頭痛：[ なし ・ あり ] 頻度：( )  |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
|  |       | 詳細：( )   |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
|  |       | 一過性神経症状：[ なし ・ あり ]  |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
|  |       | 詳細：( )   |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
|  |       | 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 ]   |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
|  |       | 精神症状：[ なし ・ あり ]   |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
|  |       | 詳細：( )   |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
|  |       | 失語症：[ なし ・ あり ]  |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
| 詳細：( )   |       |  |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |
| 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)：( )                                   |       |  |  |  |  |   |  |                      |  |                             |  |               |  |

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

| 告示番号                                   |  | 79                            |               | 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 |  |
|--|--|-------------------------------|---------------|---------------------|-----------------------------|---------------------|---------------------|--------------------------|-------------------|-----|--|
| 症状                                     | 精神・神経  | 麻痺：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 部位：（ ）    |               |                     |                             |                     |                     |                          |                   | （ ） |  |
|  |  | 詳細：（ ）                        |               |                     |                             |                     |                     |                          |                   | （ ） |  |
|  |  | 不随意運動：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 部位：（ ） |               |                     |                             |                     |                     |                          |                   | （ ） |  |
|  |  | 詳細：（ ）                        |               |                     |                             |                     |                     |                          |                   | （ ） |  |
|  |  | 感覚障害：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 部位：（ ）  |               |                     |                             |                     |                     |                          |                   | （ ） |  |
|  | 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 ] |                             |                     |                     |                          |                   |     |  |
| 眼                                      | 視野欠損：[ なし ・ あり ]   |                               |               |                     |                             |                     |                     |                          |                   |     |  |
|  | 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 |  |                               |               |                     |                             |                     |                     |                          |                   |     |  |
| 画像検査                                   | MRI検査（頭部）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ）                                       |                               |               |                     |                             |                     |                     |                          |                   |     |  |
|  | 梗塞部位：（ ）   |                               |               |                     |                             |                     |                     |                          | （ ）               |     |  |
|  | MRA検査（頭部）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ） 撮影条件：（ ）                              |                               |               |                     |                             |                     |                     |                          | （ ）               |     |  |
|  | 動脈病変：[ なし ・ 一側 ・ 両側 ]  |                               |               |                     | 大脳基底核部の異常血管網：[ なし ・ あり ]    |                     |                     |                          |                   |     |  |
|  | 動脈狭窄または閉塞：[ なし ・ 右 ・ 左 ・ 両側 ]  |                               |               |                     | 中大脳動脈病変：[ なし ・ 右 ・ 左 ・ 両側 ] |                     |                     |                          |                   |     |  |
| 前大脳動脈病変：[ なし ・ 右 ・ 左 ・ 両側 ]            |  |                               |               |                     |                             |                     |                     |                          |                   |     |  |
| 血管造影（脳）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ）     |  |                               |               |                     |                             |                     |                     | 大脳基底核部の異常血管網：[ 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）：（ ）  |                               |               |                     |                             |                     |                     |                          | （ ）               |     |  |
| 検査所見（申請時） ※直近の状況を記載                    |  |                               |               |                     |                             |                     |                     |                          |                   |     |  |
| 画像検査                                   | MRI検査（頭部）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ）                                       |                               |               |                     |                             |                     |                     |                          |                   |     |  |
|  | 梗塞部位：（ ）   |                               |               |                     |                             |                     |                     |                          | （ ）               |     |  |
|  | MRA検査（頭部）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ） 撮影条件：（ ）                              |                               |               |                     |                             |                     |                     |                          | （ ）               |     |  |
|  | 動脈病変：[ なし ・ 一側 ・ 両側 ]  |                               |               |                     | 大脳基底核部の異常血管網：[ なし ・ あり ]    |                     |                     |                          |                   |     |  |
|  | 動脈狭窄または閉塞：[ なし ・ 右 ・ 左 ・ 両側 ]  |                               |               |                     | 中大脳動脈病変：[ なし ・ 右 ・ 左 ・ 両側 ] |                     |                     |                          |                   |     |  |
| 前大脳動脈病変：[ なし ・ 右 ・ 左 ・ 両側 ]            |  |                               |               |                     |                             |                     |                     |                          |                   |     |  |
| 血管造影（脳）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ）     |  |                               |               |                     |                             |                     |                     | 大脳基底核部の異常血管網：[ 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：（ ）   |                               |               |                     |                             |                     |                     |                          | （ ）               |     |  |
| 家族歴                                    | 本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ]   |                               |               |                     |                             |                     |                     |                          |                   |     |  |
|  | 詳細：（ ）   |                               |               |                     |                             |                     |                     |                          | （ ）               |     |  |
| 既往歴                                    | 自己免疫疾患：[ なし ・ あり ]   |                               |               |                     | 髄膜炎：[ なし ・ あり ]             |                     | 脳腫瘍：[ なし ・ あり ]     |                          | ダウン症：[ なし ・ あり ]  |     |  |
|  | 神経線維腫症：[ なし ・ あり ]   |                               |               |                     | 頭部外傷：[ なし ・ あり ]            |                     | 頭部放射線治療：[ なし ・ あり ] |                          |                   |     |  |
| 既往歴（その他）：（ ）                           |  |                               |               |                     |                             |                     |                     | （ ）                      |                   |     |  |
| 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 ]   |                               |               |                     |                             |                     |                     |                          | 抗血小板剤：[ なし ・ あり ] |     |  |
|  | 薬物療法（その他）：（ ）  |                               |               |                     |                             |                     |                     |                          | （ ）               |     |  |
| 手術                                     | 血行再建術（左側）：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：（ 年 月 日 ）                               |                               |               |                     |                             |                     |                     |                          |                   |     |  |
|  | 術式：（ ）   |                               |               |                     |                             |                     |                     |                          | （ ）               |     |  |
|  | 所見：（ ）   |                               |               |                     |                             |                     |                     |                          | （ ）               |     |  |
|  | 血行再建術（右側）：[ 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                                  |  |                               |               | 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（ ）   |                             |                     |                     |                          |                   |     |  |