

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〈継続申請用〉		1/2	
病名		77 自己免疫介在性脳炎・脳症								受付種別		<input type="checkbox"/> 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) 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 (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：()											
	症状	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)：()											
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：()											

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〈継続申請用〉	2/2
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	アフエレシス：[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 ()						