

告示番号		97		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		99 慢性炎症性脱髄性多発神経炎								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・経過		再発性または慢性進行性の経過：[ なし ・ あり ] 期間：( )か月											
症状	精神・神経	不随意運動：振戦：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 深部腱反射：[ 正常 ・ 低下 ・ 消失 ] 部位：( ) 表在感覚障害：[ なし ・ あり ] 深部感覚障害：[ なし ・ あり ]											
		脳神経障害：[ なし ・ あり ] 詳細：( )											
		異常感覚：[ なし ・ あり ] 部位：( ) 詳細：( )											
		感覚性運動失調：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 部位：( ) 詳細：( )											
		自律神経障害：発汗異常：[ なし ・ あり ] 瞳孔異常：[ なし ・ あり ] 排尿排便障害：[ なし ・ あり ]											
	筋・骨格	筋力低下：[ なし ・ あり ] 詳細：( )											
		筋萎縮：[ なし ・ あり ] 詳細：( )											
	呼吸器・循環器	呼吸障害：[ 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・経過		再発性または慢性進行性の経過：[ なし ・ あり ] 期間：( )か月										
症状	精神・神経	不随意運動：振戦：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 深部腱反射：[ 正常 ・ 低下 ・ 消失 ] 部位：( ) 表在感覚障害：[ なし ・ あり ] 深部感覚障害：[ なし ・ あり ]											
		脳神経障害：[ なし ・ あり ] 詳細：( )											
		異常感覚：[ なし ・ あり ] 部位：( ) 詳細：( )											
		感覚性運動失調：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 部位：( ) 詳細：( )											
		自律神経障害：発汗異常：[ なし ・ あり ] 瞳孔異常：[ なし ・ あり ] 排尿排便障害：[ なし ・ あり ]											
	筋・骨格	筋力低下：[ なし ・ あり ] 詳細：( )											
		筋萎縮：[ なし ・ あり ] 詳細：( )											
	呼吸器・循環器	呼吸障害：[ なし ・ あり ] 詳細：( )											
	その他	症状 (その他)：( )											

