

告示番号	39	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)	1/3
病名	2 脊髄髄膜瘤				受付種別	<input type="checkbox"/> 新規
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日					
氏名	(セイメイ) (姓)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓)		
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()					
生年月日	年 月 日			性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定	
出生地	都道府県 () 市区町村 ()					
出生体重	g		出生週数	在胎 週	日	
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳	か月 日	
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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	治療 ・ 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						
最終受診日	(年 月 日)					
身体所見	小頭症 (-2.0SD以下): [なし ・ あり] 大頭症 (+2.0SD以上): [なし ・ あり] 水頭症: [なし ・ あり] 頭囲: () cm 頭囲SD: () キアリ奇形: [なし ・ あり] 症状: [非症候性 ・ 症候性] 腰背部の瘤: [なし ・ あり] 部位: () 大きさ: () 髄液漏出: [なし ・ あり]					
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]				
		意識障害: [なし ・ あり] 不随意運動: [なし ・ あり ・ 不明]				
		嚥下障害: [なし ・ あり] 水頭症症状: [なし ・ あり] 運動失調: [なし ・ あり ・ 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]				
	筋・骨格	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): ()				
		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]				
		麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] 部位: ()				
筋・骨格	詳細: ()					
	感覚障害: 知覚低下: [なし ・ あり ・ 不明] 知覚過敏: [なし ・ あり ・ 不明] 疼痛: [なし ・ あり ・ 不明]					
	感覚障害 (その他): ()					
	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]					
呼吸器・循環器	脊椎変形: [なし ・ あり] 詳細: ()					
	四肢変形: [なし ・ あり] 部位: ()					
呼吸器・循環器	骨折: [なし ・ あり] 部位: ()					
	脱臼: [なし ・ あり] 部位: ()					
呼吸器・循環器	呼吸障害: [なし ・ あり]					
呼吸器・循環器	詳細: ()					
腎・泌尿器	排尿障害: 尿失禁: [なし ・ あり] 間欠導尿: [なし ・ あり]					
腎・泌尿器	排尿障害 (その他): ()					
消化器	排便障害: [なし ・ あり]					
消化器	詳細: ()					
皮膚・粘膜	褥瘡: [なし ・ あり]					
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	単純X線検査 (頭部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)					
	所見: ()					
	単純X線検査 (脊椎): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)					
所見: ()						
CT検査 (頭部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)						
所見: ()						

告示番号	39	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)	2/3
画像検査	CT検査 (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)			
	部位 : ()				
	所見 : ()				
MRI検査 (頭部) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)				
	所見 : ()				
MRI検査 (脊髄) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)				
	所見 : ()				
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	単純X線検査 (頭部) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)			
	所見 : ()				
	単純X線検査 (脊椎) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)			
	所見 : ()				
	CT検査 (頭部) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)			
	所見 : ()				
CT検査 (その他) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)				
	部位 : ()				
所見 : ()					
MRI検査 (頭部) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)				
	所見 : ()				
MRI検査 (脊髄) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)				
	所見 : ()				
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	抗てんかん薬 : [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]			
排泄管理	自己導尿 : [なし ・ あり]				
	便秘治療 : [なし ・ あり]				
褥瘡管理	褥瘡管理 : [なし ・ あり]				
手術	水頭症手術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日 : (年 月 日)			
	術式 : ()				
	所見 : ()				
	脳・頭蓋手術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日 : (年 月 日)			
	術式 : ()				
所見 : ()					
脊椎・下肢手術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日 : (年 月 日)				
術式 : ()					
所見 : ()					
脊髄手術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日 : (年 月 日)				
術式 : ()					
所見 : ()					
尿路変更手術 : [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		
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 ()				

告示番号	39	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〉	3/3
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月 日
電話番号				診療科		
				医師名		
				小児慢性特定疾病 指定医番号	()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日