

告示番号 **37** 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) **1/3**

病名	<b>3 脊髄脂肪腫</b>			受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )		
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) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)		
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)		BMI
		年 月 日	年 月 日		年 月 日	肥満度	%
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							
最終受診日	( 年 月 日 )						
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 ]					
		痙攣: [ なし ・ あり ] 意識障害: [ なし ・ あり ] 嚥下障害: [ なし ・ あり ]					
		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): ( )						
	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: ( )						
	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・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 ]				
	脊椎変形: [ なし ・ あり ]						
	詳細: ( )						
四肢変形: [ 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 ]						
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 ]				
	排尿障害 (その他): ( )						
消化器	排便障害: [ なし ・ あり ]						
詳細: ( )							
皮膚・粘膜	褥瘡: [ 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							
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 (      )		
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