

告示番号		81		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	5 滑脳症							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		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 (申請時) ※直近の状況を記載													
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] 頭囲:()cm 頭囲SD:()												
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・独立立位・伝歩・坐位 (移動可)・坐位 (移動不可)・寝返り・寝たきり・不明] 嚥下障害: [なし・あり]											
		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]											
	呼吸器・循環器	呼吸障害: [なし・あり] SpO ₂ (非補助時):()% 詳細:()											
	眼	眼症状: [なし・あり] 詳細:()											
	耳鼻咽喉	聴力障害: [なし・あり] 聴力(右):()dB 聴力(左):()dB											
	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	内分泌学的検査: [未実施・実施] 所見:()												
生理機能検査	脳波検査: [未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()												
感染症免疫学的検査	髄帯血	サイトメガロウイルスIgM (EIA):()・未実施 サイトメガロウイルスDNA (PCR): [未実施・陰性・陽性・不明] 実施日:(年 月 日)											
	尿	サイトメガロウイルスDNA (PCR): [未実施・陰性・陽性・不明] 実施日:(年 月 日)											
	血液	サイトメガロウイルスIgM (EIA):()・未実施 サイトメガロウイルスDNA (PCR): [未実施・陰性・陽性・不明] 実施日:(年 月 日)											
	唾液	サイトメガロウイルスDNA (PCR): [未実施・陰性・陽性・不明] 実施日:(年 月 日)											
	髄液	サイトメガロウイルスDNA (PCR): [未実施・陰性・陽性・不明] 実施日:(年 月 日)											
感染症免疫学的検査	ウイルス検査: [未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()												
画像検査	CTまたはMRI検査 (頭部): [未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 無脳回: [なし・あり] 厚脳回: [なし・あり] 単純脳回: [なし・あり] 丸石様異形成: [なし・あり] 多小脳回: [なし・あり] 孔脳症: [なし・あり] 脳室拡大: [なし・あり] 水無脳症: [なし・あり] 脳梁欠損: [なし・あり] 透明中隔欠損: [なし・あり] 橋小脳低形成: [なし・あり] Chiari奇形: [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:()												
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()												
	FISH (17番染色体LIS1領域): [未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()												
	遺伝子検査: [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	合併奇形:[なし ・ あり] 詳細:() 合併症 (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] 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]
褥瘡管理	褥瘡管理:[なし ・ あり]
リハビリテーション	理学療法:[未実施 ・ 実施] リハビリテーション (その他):()
手術	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