

告示番号		89		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	6 裂脳症							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 (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] 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 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]											
		不随意運動: [なし ・ あり ・ 不明] 嚥下障害: [なし ・ あり] 運動失調: [なし ・ あり ・ 不明]											
	筋・骨格	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	麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] 部位: ()											
		詳細: ()											
	眼	筋緊張低下: 体幹: [なし ・ あり ・ 不明] 四肢: [なし ・ あり ・ 不明]											
耳鼻咽喉	筋緊張亢進: 体幹: [なし ・ あり ・ 不明] 四肢: [なし ・ あり ・ 不明]												
その他	呼吸障害: [なし ・ あり] SpO ₂ (非補助時): ()%												
	詳細: ()												
	眼症状: [なし ・ あり] 詳細: ()												
	聴力障害: [なし ・ あり] 聴力 (右): ()dB 聴力 (左): ()dB												
	症状 (その他): ()												
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
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 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]											
		不随意運動: [なし ・ あり ・ 不明] 嚥下障害: [なし ・ あり] 運動失調: [なし ・ あり ・ 不明]											
	筋・骨格	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	麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] 部位: ()											
		詳細: ()											
	眼	筋緊張低下: 体幹: [なし ・ あり ・ 不明] 四肢: [なし ・ あり ・ 不明]											
耳鼻咽喉	筋緊張亢進: 体幹: [なし ・ あり ・ 不明] 四肢: [なし ・ あり ・ 不明]												
その他	呼吸障害: [なし ・ あり] SpO ₂ (非補助時): ()%												
	詳細: ()												
	眼症状: [なし ・ あり] 詳細: ()												
	聴力障害: [なし ・ あり] 聴力 (右): ()dB 聴力 (左): ()dB												
	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													
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)												
感染症免疫学的検査	髄液	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)											
	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: ()												

告示番号		89		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] 多小脳回:[なし ・ あり] 脳室拡大:[なし ・ あり] 脳梁欠損:[なし ・ あり] 裂脳(脳室と交通を有する嚢胞や空洞):シルビウス裂周囲:[なし ・ 片側 ・ 両側] 脳裂:前頭葉:[なし ・ 片側 ・ 両側] 脳裂:側頭葉:[なし ・ 片側 ・ 両側] 脳裂:頭頂葉:[なし ・ 片側 ・ 両側] 脳裂:後頭葉:[なし ・ 片側 ・ 両側] 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・ビナー式 ・ 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:() 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):()									
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)									
	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] 多小脳回:[なし ・ あり] 脳室拡大:[なし ・ あり] 脳梁欠損:[なし ・ あり] 裂脳(脳室と交通を有する嚢胞や空洞):シルビウス裂周囲:[なし ・ 片側 ・ 両側] 脳裂:前頭葉:[なし ・ 片側 ・ 両側] 脳裂:側頭葉:[なし ・ 片側 ・ 両側] 脳裂:頭頂葉:[なし ・ 片側 ・ 両側] 脳裂:後頭葉:[なし ・ 片側 ・ 両側] 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・ビナー式 ・ 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:() 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