

告示番号 84		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	7 全前脳症			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)		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)		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:() 顔貌所見:単眼:[なし ・ あり] 眼間狭小:[なし ・ あり] 鼻中隔所見:[なし ・ 鼻中隔欠損 ・ 鼻中隔低形成] 口唇裂:[なし ・ あり] 口蓋裂:[なし ・ あり] 単一切歯:[なし ・ あり] 顔面正中低形成:[なし ・ あり]						
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] 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):()					
	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:() 顔貌所見:単眼:[なし ・ あり] 眼間狭小:[なし ・ あり] 鼻中隔所見:[なし ・ 鼻中隔欠損 ・ 鼻中隔低形成] 口唇裂:[なし ・ あり] 口蓋裂:[なし ・ あり] 単一切歯:[なし ・ あり] 顔面正中低形成:[なし ・ あり]						
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] 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 (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	血清Na:()mEq/L		血清K:()mEq/L		血清Cl:()mEq/L		
	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	ウイルス検査:[未実施 ・ 実施]		実施日:(年 月 日)				

告示番号	84	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		
	脳梁欠損: [なし ・ あり]		透明中隔欠損: [なし ・ あり]		Chiari奇形: [なし ・ あり]
	左右大脳半球の不分離: [なし ・ あり]		単一脳室: [なし ・ あり]		背側嚢胞: [なし ・ あり]
	半球間裂欠損または低形成: [なし ・ あり]		視床癒合: [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:()				
	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	血清Na:()mEq/L		血清K:()mEq/L		血清Cl:()mEq/L
	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	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		
	脳梁欠損: [なし ・ あり]		透明中隔欠損: [なし ・ あり]		Chiari奇形: [なし ・ あり]
	左右大脳半球の不分離: [なし ・ あり]		単一脳室: [なし ・ あり]		背側嚢胞: [なし ・ あり]
	半球間裂欠損または低形成: [なし ・ あり]		視床癒合: [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:()				
	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(腸嚢・胃嚢含む): [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()				

告示番号	84	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