

告示番号		88		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		8 全前脳泡症								受付種別		☐ 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				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) 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:()									

上記の通り診断します。

医療機関名
医療機関所在地
電話番号

記載年月日 年 月 日
診断年月日 年 月 日

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