

告示番号	85	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	10 先天性水頭症				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)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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:( ) 大泉門膨隆:[ 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 ] 落陽現象:[ なし ・ あり ] 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 ]				
	筋・骨格	母指内転:[ なし ・ あり ]				
	呼吸器・循環器	呼吸障害:[ なし ・ あり ] SpO <sub>2</sub> (非補助時):( )% 詳細:( )				
	眼	うっ血乳頭:[ なし ・ あり ]				
	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	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 ) 脳室拡大:[ なし ・ あり ] Chiari奇形:[ なし ・ あり ] 中脳水道閉塞:[ なし ・ あり ] 第3脳室底の風船状膨隆等の異常:[ なし ・ あり ] 脳表くも膜下腔液貯留:[ なし ・ あり ] 全前脳胞症:[ 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	遺伝子検査:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) L1CAM遺伝子異常:[ なし ・ あり ] 遺伝子異常 (その他):( )					
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):( )					
鑑別診断	出生後の脳室内出血:[ なし ・ あり ] 出生後の頭蓋内出血:[ なし ・ あり ] 髄膜炎:[ なし ・ あり ] 脳炎:[ なし ・ あり ]					

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 ] 気管挿管: [ なし ・ あり ]	非侵襲的陽圧換気療法: [ なし ・ あり ] 人工呼吸管理: [ なし ・ あり ]	気管切開管理: [ 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	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