

告示番号		83		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	11 巨脳症－毛細血管奇形症候群							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	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	全身	血管腫:[ なし・あり ] 部位:( ) 過成長:[ なし・あり ] 詳細:( )											
	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 ] 落陽現象:[ 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 ]											
		発達障害:[ なし・あり・不明 ]					自閉スペクトラム症:[ なし・あり・不明 ] 注意欠如多動症:[ なし・あり・不明 ] 発達障害(その他):( )						
	筋・骨格	筋緊張低下:[ なし・あり・不明 ] 多指(趾):[ なし・あり ] 詳細:( ) 合指(趾)症:[ なし・あり ] 詳細:( )											
その他	症状(その他):( )												
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
生理機能検査	脳波検査:[ 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 ] 脳回異常:[ なし・あり ] 脳梁異常:[ なし・あり ] 片側巨脳症:[ なし・あり ] 白質病変:[ 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	先天性心疾患:[ なし・あり ] 詳細:( )												
	合併奇形(その他):[ 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):( )												

告示番号	83	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)	2/2
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 ]
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 )		
手術	術式: ( )		所見: ( )		
	脊髄手術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]		実施日: ( 年 月 日 )		
手術	術式: ( )		所見: ( )		
	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 )		通院頻度: ( )回/月
就学・就労状況	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