

告示番号 <b>24</b>		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	<b>16 結節性硬化症</b>			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		年 月 日	BMI 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	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 ]						
		意識障害:[ なし ・ あり ] 不随意運動:[ なし ・ あり ・ 不明 ]						
		水頭症症状:[ なし ・ あり ] 運動失調:[ なし ・ あり ・ 不明 ]						
		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 ]		限局性学習症:[ なし ・ あり ・ 不明 ]				
発達障害 (その他):( )								
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 ]								
麻痺:[ なし ・ あり ・ 不明 ] 部位:( )								
詳細:( )								
筋・骨格	筋緊張低下:体幹:[ なし ・ あり ・ 不明 ]		四肢:[ なし ・ あり ・ 不明 ]					
	筋緊張亢進:体幹:[ なし ・ あり ・ 不明 ]		四肢:[ なし ・ あり ・ 不明 ]					
その他	症状 (その他):( )							
臨床的診断基準 (申請時) ※直近の状況を記載								
症状	大症状	呼吸器・循環器	心横紋筋腫	[ なし ・ あり ] ( ) 個	皮膚・粘膜	シャグリンパッチ (粒起革様皮)	[ なし ・ あり ] ( ) 個	
		腎・泌尿器	腎血管筋脂肪腫	[ なし ・ あり ] ( ) 個		皮質結節	[ なし ・ あり ] ( ) 個	
		眼	多発性網膜過誤腫	[ なし ・ あり ] ( ) 個		その他	放射状大脳白質神経細胞移動線	[ なし ・ あり ] ( ) 個
		皮膚・粘膜	脱色素斑	[ なし ・ あり ] ( ) 個			脳室上衣下結節	[ なし ・ あり ] ( ) 個
	顔面血管線維腫または前額線維斑		[ なし ・ あり ] ( ) 個	脳室上衣下巨大細胞性星状細胞腫	[ なし ・ あり ] ( ) 個			
	爪線維腫	[ なし ・ あり ] ( ) 個	肺リンパ管平滑筋腫症	[ なし ・ あり ] ( ) 個				
小症状	腎・泌尿器	多発性腎嚢腫	[ なし ・ あり ] ( ) 個	その他	歯エナメル小窩	[ なし ・ あり ] ( ) 個		
	眼	網膜無色素斑	[ なし ・ あり ] ( ) 個		口腔内線維腫	[ なし ・ あり ] ( ) 個		
	皮膚・粘膜	散在性小白斑	[ なし ・ あり ] ( ) 個		過誤腫 (腎以外)	[ なし ・ あり ] ( ) 個		
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:( )							
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・ピネー式 ・ 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 ) TSC1遺伝子異常:[ なし ・ あり ] TSC2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):( )							

告示番号 <b>24</b> 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) <b>2/2</b>	
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	合併症: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	抗腫瘍薬: エペロリムス: [ なし ・ あり ] シロリムス: [ なし ・ あり ] 抗腫瘍薬 (その他): ( )
	抗てんかん薬: [ なし ・ あり ] 薬物療法 (その他): ( )
カテーテル治療	カテーテル塞栓術: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( ) 所見: ( )
手術	腫瘍切除術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( ) 術式: ( ) 所見: ( )
	手術 (その他): [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( ) 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