

告示番号		9		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	41 海綿状血管腫 (脳脊髄)							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	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)												
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]											
		頭痛: [なし ・ あり] 頻度: ()											
		詳細: ()											
		一過性神経症状: [なし ・ あり]											
		詳細: ()											
		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]											
		精神症状: [なし ・ あり]											
		詳細: ()											
		失語症: [なし ・ あり]											
		詳細: ()											
筋・骨格	筋・神経	発達障害: [なし ・ あり ・ 不明]											
		発達障害 (その他): ()					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): ()											
		麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] 部位: ()											
		詳細: ()											
		不随意運動: [なし ・ あり ・ 不明] 部位: ()											
		詳細: ()											
		感覚障害: [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]					
眼	視野欠損: [なし ・ あり]												
	詳細: ()												
その他	症状 (その他): ()												
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
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]											
		頭痛: [なし ・ あり] 頻度: ()											
		詳細: ()											
		一過性神経症状: [なし ・ あり]											
		詳細: ()											
		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]											
		精神症状: [なし ・ あり]											
		詳細: ()											
		失語症: [なし ・ あり]											
		詳細: ()											
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): ()													

告示番号 **9** **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**

症状	精神・神経	麻痺：[なし ・ あり ・ 不明] 部位：()
		詳細：()
		不随意運動：[なし ・ あり ・ 不明] 部位：()
	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]
	眼	視野欠損：[なし ・ あり]
その他	詳細：()	
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

画像検査	MRI検査（脳脊髄）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)
	血管腫のサイズ：()mm 部位 ()
	血管腫からの出血（おおよそ1か月以内）：[なし ・ あり]
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）：()
検査所見（その他）	DQまたはIQ値：()
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

画像検査	MRI検査（脳脊髄）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)
	血管腫のサイズ：()mm 部位 ()
	血管腫からの出血（おおよそ1か月以内）：[なし ・ あり]
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）：()
検査所見（その他）	DQまたはIQ値：()
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	合併症：[なし ・ あり]
	詳細：()
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]
	詳細：()
既往歴	脳腫瘍：[なし ・ あり] 頭部放射線治療：[なし ・ あり]
	既往歴（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）：()
手術	血管腫摘出術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日)
	術式：()
	所見：()
放射線治療	定位放射線治療：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日)
	照射装置：()
	照射線量（辺縁線量、回数）：()
治療	治療（その他）：()

今後の治療方針	今後の治療方針：()
	運動部活動：[可 ・ 条件付可 ・ 禁]
	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