

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 (継続申請用)		1/2		
病名	41 海綿状血管腫 (脳脊髄)							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)													
症状	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): ()													
	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]			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]			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): ()													
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] 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: ()													
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: ()													

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 (継続申請用)	2/2
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