

告示番号		58		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		82 早産児ビリルビン脳症								受付種別		☐ 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] 嚥下障害：[なし ・ あり] 不随意運動：[なし ・ あり ・ 不明] アテトーゼ：[なし ・ あり ・ 不明] ジストニア：[なし ・ あり ・ 不明]															
		ジストニア重積：[なし ・ あり] 発症日：() 詳細：()															
		麻痺：[なし ・ あり ・ 不明] 部位：() 詳細：()															
		筋・骨格 側彎：[なし ・ あり] 股関節脱臼・亜脱臼：[なし ・ あり]															
		呼吸器・循環器 閉塞性無呼吸：[なし ・ あり] 嚥下性肺炎：[なし ・ あり] 呼吸障害：[なし ・ あり] 詳細：()															
		消化器 胃食道逆流症：[なし ・ あり]															
		耳鼻咽喉 聴覚障害：[なし ・ あり]															
		その他 歯エナメル質異形成：[なし ・ あり] 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] 嚥下障害：[なし ・ あり] 不随意運動：[なし ・ あり ・ 不明] アテトーゼ：[なし ・ あり ・ 不明] ジストニア：[なし ・ あり ・ 不明]															
		ジストニア重積：[なし ・ あり] 発症日：() 詳細：()															
		麻痺：[なし ・ あり ・ 不明] 部位：() 詳細：()															
		筋・骨格 側彎：[なし ・ あり] 股関節脱臼・亜脱臼：[なし ・ あり]															
		呼吸器・循環器 閉塞性無呼吸：[なし ・ あり] 嚥下性肺炎：[なし ・ あり] 呼吸障害：[なし ・ あり] 詳細：()															
		消化器 胃食道逆流症：[なし ・ あり]															
		耳鼻咽喉 聴覚障害：[なし ・ あり]															
		その他 歯エナメル質異形成：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()															

