

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〈継続申請用〉		1/2	
病名		82 早産児ビリルビン脳症						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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		治癒 ・ 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・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)：()												
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
生理機能検査		聴性脳幹反応：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 結果：[異常なし ・ 波形分離不良 ・ 無反応]											
画像検査		単純X線検査 (脊椎)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 側彎：[なし ・ あり] 所見 (その他)：()											
		MRI検査 (頭部)：[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・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		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) UGT1A1遺伝子多型解析：UGT1A1*6：[なし ・ 1アレル ・ 2アレル] UGT1A1遺伝子多型解析：UGT1A1*28：[なし ・ 1アレル ・ 2アレル] 遺伝子検査 (その他)：()											
検査所見 (その他)		検査所見 (その他)：()											

受給者番号（）

患者氏名（）

2025a-001

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（継続申請用）	2/2
その他の所見（申請時）※直近の状況を記載						
合併症	急性脳症：[なし ・ あり] 発症日：（ ）					
	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	筋弛緩薬：[なし ・ あり] 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]					
	詳細：（ ）					
	ボツリヌス療法：[なし ・ あり] 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]					
	パクロフェン持続髄注：[なし ・ あり] 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]					
薬物療法（その他）：（ ）						
栄養管理	経管栄養（腸瘻・胃瘻含む）：[なし ・ 部分経管栄養 ・ 完全経管栄養]					
呼吸管理	酸素療法：[なし ・ あり] 非侵襲的陽圧換気療法：[なし ・ あり] 気管切開管理：[なし ・ あり] 咽頭気管分離：[なし ・ あり] 気管挿管：[なし ・ あり] 人工呼吸管理：[なし ・ あり]					
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（ 被保険者番号（ 資格取得年月日 年 月 日