

告示番号		18		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)		1/2		
病名	95 痙攣重積型 (二相性) 急性脳症						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)											
感染症 (発症時)	突発性発疹: [なし ・ あり ・ 不明] インフルエンザウイルス: [なし ・ あり ・ 不明] ロタウイルス胃腸炎: [なし ・ あり ・ 不明] 感染症 (その他): ()											
症状	全身	発熱 (発症時): [なし ・ あり ・ 不明]										
	精神・神経	痙攣 (発症時): [なし ・ あり ・ 不明]				痙攣重積 (発症時): [なし ・ あり ・ 不明]				意識障害 (第3~7病日): [なし ・ あり ・ 不明]		
	その他	発症翌日の意識レベル改善: [なし ・ あり ・ 不明] 症状 (その他): ()										
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載												
症状	全身	経口摂取困難: [なし ・ あり]					体重増加不良: [なし ・ あり]					
	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] 片麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] 仮性球麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] 運動障害: 詳細: ()										
	呼吸器・循環器	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]					
	その他	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] てんかん: [なし ・ あり] コントロール: [良好 ・ 不良]					
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												
生理機能検査	脳波検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()											
画像検査	CT 検査 (頭部): 発症日から翌日まで: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()											
	CT 検査 (頭部): 第3病日から亜急性期: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()											
	MRI 検査 (頭部): 発症日から翌日まで: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()											
	MRI 検査 (頭部): 第3病日から亜急性期: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 皮質下病変: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()											
検査所見 (その他)	SPECT 検査 (脳血流): 第3病日から亜急性期: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: () 検査所見 (その他): ()											

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: ()
画像検査	CT検査 (頭部): 発病1か月以降: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	MRI検査 (頭部): 発病1か月以降: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 皮質下病変: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()
	SPECT検査 (脳血流): 発病1か月以降: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
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] 患児との続柄: ()
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): ()
栄養管理	経管栄養 (腸瘻・胃瘻含む): [なし ・ あり] 中心静脈栄養: [なし ・ あり]
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] 気管挿管: [なし ・ あり] 人工呼吸管理: [なし ・ あり]
手術	手術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 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