

告示番号		19		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	96 自己免疫介在性脳炎・脳症							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)												
病型	抗NMDA受容体脳炎・抗VGKC複合体抗体陽性脳炎・病型 (その他): ()												
感染症 (発症時)	ウイルス感染症の前駆症状: [なし・あり・不明]												
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]						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]					
		発達障害 (その他): ()						限局性学習症: [なし・あり・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]						てんかん: [なし・あり]					
症状	筋・骨格	不随意運動: [なし・あり・不明]						意識の変容または行動変化: [なし・あり・不明]					
		睡眠障害: [なし・あり・不明]						精神症状: [なし・あり]					
		運動失調: [なし・あり・不明]						嚥下障害: [なし・あり]					
		感覚障害: [なし・あり・不明]						言語障害: [なし・あり・不明]					
症状	腎・泌尿器	筋緊張低下: [なし・あり・不明]						筋緊張亢進: [なし・あり・不明]					
		構音障害: [なし・あり]						ミオトニア: [なし・あり・不明]					
		呼吸器・循環器						呼吸障害: [なし・あり]					
		詳細: ()											
症状	消化器	排尿障害: [なし・あり]											
		排便障害: [なし・あり]											
		眼						視力障害: [なし・あり]					
		その他						症状 (その他): ()					
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査	血清アルブミン: ()g/dL			血清IgG: ()mg/dL			抗NMDA受容体抗体: [未実施・陰性・陽性] 抗VGKC複合体抗体: [未実施・陰性・陽性] 自己抗体 (その他): ()						
髄液検査	細胞数: ()/μL			総蛋白: ()mg/dL・未実施			オリゴクローナルバンド: [なし・あり]						
	アルブミン: ()g/dL			IgG: ()mg/dL			IgG index: ()						
	抗NMDA受容体抗体: [未実施・陰性・陽性]			自己抗体 (その他): ()			抗VGKC複合体抗体: [未実施・陰性・陽性]						
生理機能検査	脳波検査: [未実施・実施]			実施日: (年 月 日)			所見: ()						
	誘発電位検査: [未実施・実施]			実施日: (年 月 日)			検査名: ()						
画像検査	MRI検査 (頭部): [未実施・実施]			実施日: (年 月 日)			病変: [なし・あり]						
	ガドリニウム造影効果: [なし・あり]			部位: ()			所見 (その他): ()						
	核医学検査: [未実施・実施]			実施日: (年 月 日)			部位: ()						
	所見: ()												

告示番号	19	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
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] DQまたはIQ値：() 検査名 (その他)：()				
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：()				
経過 (申請時) ※直近の状況を記載					
薬物療法	ステロイド薬：[なし ・ あり] ステロイドパルス療法：[なし ・ あり] γグロブリン療法：[なし ・ あり] 免疫抑制薬：[なし ・ あり] 薬剤名：() 生物学的製剤：[なし ・ あり] 詳細：()				
血液浄化	アフエリシス：[未実施 ・ 実施]				
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