

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 ]			限局性学習症: [ なし・あり・不明 ]					
		発達障害 (その他): ( )											
		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 ]											
症状	筋・骨格	てんかん: [ なし・あり ]			意識の変容または行動変化: [ なし・あり・不明 ]			精神症状: [ なし・あり ]					
		不随意運動: [ なし・あり・不明 ]			麻痺: [ なし・あり・不明 ]			嚥下障害: [ なし・あり ]					
		睡眠障害: [ なし・あり・不明 ]			記憶障害: [ なし・あり ]			言語障害: [ なし・あり・不明 ]					
		運動失調: [ なし・あり・不明 ]			病的反射: [ なし・あり ]			腱反射亢進: [ なし・あり ]					
症状	呼吸器・循環器	感覚障害: [ なし・あり・不明 ]			自律神経障害: [ なし・あり ]								
		筋緊張低下: [ なし・あり・不明 ]			筋緊張亢進: [ なし・あり・不明 ]			ミオトニア: [ なし・あり・不明 ]					
		構音障害: [ なし・あり ]											
		呼吸障害: [ なし・あり ]											
症状	腎・泌尿器	詳細: ( )											
		排尿障害: [ なし・あり ]											
		消化器											
		排便障害: [ なし・あり ]											
症状	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 ]			抗VGKC複合体抗体: [ 未実施・陰性・陽性 ]			自己抗体 (その他): ( )							
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: ( )													
所見: ( )													
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