

告示番号		78		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	97 難治頻回部分発作重積型急性脳炎							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]											
		精神症状: [なし・あり]											
		記憶障害: [なし・あり]											
その他	精神・神経	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]											
てんかん: [なし・あり] 発作型: ()													
頻度: [日単位・週単位・月単位・年単位]													
症状 (その他): ()													
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査	白血球数: ()/μL			赤血球数: ()×10 ⁴ /μL			ヘモグロビン (Hb): ()g/dL						
	血小板数: ()×10 ⁴ /μL			PT: ()秒			PT: ()%						
	PT-INR: ()			APTT: ()秒			血清総ビリルビン (T-Bil): ()mg/dL						
	血清直接ビリルビン (D-Bil): ()mg/dL			AST: ()U/L			ALT: ()U/L						
髄液検査	細胞数: ()/μL			総蛋白: ()mg/dL・未実施									
	ウイルスの検出: [なし・あり]			IFN-α値の上昇: [なし・あり]			ネオプテリン値の上昇: [なし・あり]						
生理機能検査	脳波検査: [未実施・実施] 実施日: (年 月 日)												
	高振幅徐波: [なし・あり] 周期性放電: [なし・あり] 発作時の周期的な発作出現: [なし・あり]												
所見 (その他): ()													
病理検査	脳生検: [未実施・実施] 実施日: (年 月 日)												
	所見: ()												
画像検査	CT検査 (頭部): [未実施・実施] 実施日: (年 月 日)												
	所見: ()												
画像検査	MRI検査 (頭部): [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	汎血球減少: [なし・あり] 播種性血管内凝固: [なし・あり] 肝機能障害: [なし・あり] 薬疹: [なし・あり]												
	合併症 (その他): ()												
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]												
	薬剤名 (内服) ①: () 治療効果: [著効・有効・不変・悪化・判定不能]												
	薬剤名 (内服) ②: () 治療効果: [著効・有効・不変・悪化・判定不能]												
	薬剤名 (内服) ③: () 治療効果: [著効・有効・不変・悪化・判定不能]												
薬剤名 (内服) ④: () 治療効果: [著効・有効・不変・悪化・判定不能]													
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]												
	ケトン食: [なし・あり] 治療効果: [著効・有効・不変・悪化・判定不能]												
食事療法 (その他): ()													

告示番号 **78** 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**

呼吸管理	酸素療法: [なし ・ あり] 気管挿管: [なし ・ あり]	非侵襲的陽圧換気療法: [なし ・ あり] 人工呼吸管理: [なし ・ あり]	気管切開管理: [なし ・ あり]
手術	てんかん外科手術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 術式: () 所見: () 治療効果: [著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]		
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