

告示番号		59		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)		1/3	
病名	98 多発性硬化症							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	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)									
病型	病型 (多発性硬化症): [再発寛解型 ・ 一次性慢性進行型 ・ 二次性慢性進行型 ・ 視神経脊髄炎 ・ その他]												
	病型 (その他): ()												
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]											
		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] 嚥下障害: [なし ・ あり] 病的反射: [なし ・ あり]											
	腱反射亢進: [なし ・ あり] 表在感覚障害: [なし ・ あり] 深部感覚障害: [なし ・ あり]												
	麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] 部位: ()												
	詳細: ()												
	運動失調: [なし ・ あり ・ 不明]												
	詳細: ()												
	筋・骨格	筋緊張低下: 体幹: [なし ・ あり ・ 不明]					四肢: [なし ・ あり ・ 不明]						
筋緊張亢進: 体幹: [なし ・ あり ・ 不明]					四肢: [なし ・ あり ・ 不明]								
構音障害: [なし ・ あり]		難治性吃逆: [なし ・ あり]											
呼吸器・循環器	呼吸障害: [なし ・ あり]												
詳細: ()													
腎・泌尿器	排尿障害: [なし ・ あり]												
消化器	排便障害: [なし ・ あり]												
眼	視力障害: [なし ・ あり]					部位: [左 ・ 右 ・ 両側]		複視: [なし ・ あり]					
その他	症状 (その他): ()												
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
病型	病型 (多発性硬化症): [再発寛解型 ・ 一次性慢性進行型 ・ 二次性慢性進行型 ・ 視神経脊髄炎 ・ その他]												
	病型 (その他): ()												
症状・経過	臨床象: [单相性 ・ 多相性 ・ 慢性進行性]												
	再発: [なし ・ あり] 過去1年間の再発回数: ()回/年												
	神経症状評価尺度 (EDSS): [0 ・ 1 ・ 1.5 ・ 2 ・ 2.5 ・ 3 ・ 3.5 ・ 4 ・ 4.5 ・ 5.5 ・ 6 ・ 6.5 ・ 7 ・ 7.5 ・ 8 ・ 8.5 ・ 9 ・ 9.5 ・ 10]												
これまで脱髄事象: [なし ・ あり] 回数: ()回 ADEM様事象: [なし ・ あり]													
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]											
		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] 嚥下障害: [なし ・ あり] 病的反射: [なし ・ あり]											
	腱反射亢進: [なし ・ あり] 表在感覚障害: [なし ・ あり] 深部感覚障害: [なし ・ あり]												
	麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] 部位: ()												
	詳細: ()												
	運動失調: [なし ・ あり ・ 不明]												
	詳細: ()												
	筋・骨格	筋緊張低下: 体幹: [なし ・ あり ・ 不明]					四肢: [なし ・ あり ・ 不明]						
筋緊張亢進: 体幹: [なし ・ あり ・ 不明]					四肢: [なし ・ あり ・ 不明]								
構音障害: [なし ・ あり]		難治性吃逆: [なし ・ あり]											
呼吸器・循環器	呼吸障害: [なし ・ あり]												
詳細: ()													

告示番号		59		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)		2/3	
症状	腎・泌尿器	排尿障害: [なし ・ あり]									
	消化器	排便障害: [なし ・ あり]									
	眼	視力障害: [なし ・ あり]				部位: [左 ・ 右 ・ 両側]		複視: [なし ・ あり]			
	その他	症状 (その他): ()									
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											
血液検査	血清アルブミン: ()g/dL			血清IgG: ()mg/dL			AQP4抗体: [陰性 ・ 陽性]				
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: ()				
生理機能検査	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) 大脳病変: [なし ・ あり] ガドリニウム造影効果: [なし ・ あり] 部位: () 小脳病変: [なし ・ あり] ガドリニウム造影効果: [なし ・ あり] 脳幹病変: [なし ・ あり] ガドリニウム造影効果: [なし ・ あり] 視神経病変: [なし ・ あり] ガドリニウム造影効果: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()										
	MRI検査 (脊髄): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 脊髄病変: [なし ・ あり] ガドリニウム造影効果: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()										
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: ()										
検査所見 (その他)	検査所見 (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			AQP4抗体: [陰性 ・ 陽性]				
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: ()				
生理機能検査	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) 大脳病変: [なし ・ あり] ガドリニウム造影効果: [なし ・ あり] 部位: () 小脳病変: [なし ・ あり] ガドリニウム造影効果: [なし ・ あり] 脳幹病変: [なし ・ あり] ガドリニウム造影効果: [なし ・ あり] 視神経病変: [なし ・ あり] ガドリニウム造影効果: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()										
	MRI検査 (脊髄): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 脊髄病変: [なし ・ あり] ガドリニウム造影効果: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()										
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: ()										
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]			インターフェロンβ: [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: ()							
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 ()										

告示番号	59	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)	3/3
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