

受給者番号（）

患者氏名（）

2025a-001

告示番号

1

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

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：（）

既往歴

麻疹罹患歴：[なし ・ あり]
罹患年齢：（ 歳 か月 ）

予防接種歴

麻疹予防接種：[なし ・ あり]
最終接種時年齢：（ 歳 か月 ）

病期分類

病期分類：[I 期 ・ II 期 ・ III 期 ・ IV 期 ・ V 期]

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]
インターフェロン：随注：[なし ・ あり]
薬物療法（その他）：（）

イソプリノシン：[なし ・ あり]
脳室内投与：[なし ・ あり]

リパビリン：[なし ・ あり]
静注：[なし ・ あり]

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]
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]

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

医療機関所在地

電話番号

記載年月日

診断年月日

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号（）

年

月

日

年

月

日

・ 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

公費負担者番号

認定結果

研究同意の有無

受給者番号

階層区分

保険情報

年

月

日

[認定 ・ 不認定]

[有 ・ 無]

受給者番号（）有効期限

年

月

日

[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