

告示番号 97		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	99 慢性炎症性脱髄性多発神経炎			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)	
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	BMI 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・経過	再発性または慢性進行性の経過: [なし ・ あり] 期間: ()か月					
症状	精神・神経	不随意運動:振戦: [なし ・ あり ・ 不明]				
		深部腱反射: [正常 ・ 低下 ・ 消失] 部位: ()				
		表在感覚障害: [なし ・ あり]		深部感覚障害: [なし ・ あり]		
	脳神経障害: [なし ・ あり]					
	詳細: ()					
	異常感覚: [なし ・ あり] 部位: ()					
	詳細: ()					
感覚性運動失調: [なし ・ あり ・ 不明] 部位: ()						
詳細: ()						
筋・骨格	自律神経障害:発汗異常: [なし ・ あり] 瞳孔異常: [なし ・ あり] 排尿排便障害: [なし ・ あり]					
	筋力低下: [なし ・ あり]					
筋萎縮: [なし ・ あり]						
詳細: ()						
呼吸器・循環器	呼吸障害: [なし ・ あり]					
詳細: ()						
その他	症状 (その他): ()					
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載						
髄液検査	細胞数: ()/μL		総蛋白: ()mg/dL・未実施			
髄液検査 (その他): ()						
生理機能検査	神経伝導検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)					
	部位: ()					
	伝導速度の低下: [なし ・ あり]		伝導ブロック: [なし ・ あり]		時間的分散: [なし ・ あり]	
遠位潜時の延長: [なし ・ あり]		F波の欠如: [なし ・ あり]		F波最短潜時の延長: [なし ・ あり]		
2本以上の運動神経で上記異常: [なし ・ あり]						
所見 (その他): ()						
画像検査	MRI検査 (脊髄): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)					
神経根または馬尾の肥厚や造影効果: [なし ・ あり]						
所見 (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: ()						
鑑別診断	① 全身性疾患 (糖尿病、アミロイドーシス、膠原病、血管炎、悪性腫瘍、多発性骨髄腫、中枢神経系脱髄疾患、HIV感染症、サルコイドーシス) による末梢神経障害の除外: [未実施 ・ 実施]					
② 末梢神経障害を起こす薬物への暴露の除外: [未実施 ・ 実施]						
③ 末梢神経障害を起こす毒物への暴露の除外: [未実施 ・ 実施]						
④ 末梢神経障害を起こす遺伝性疾患の除外: [未実施 ・ 実施]						

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] プレドニゾロン換算投与量: ()mg/日 免疫抑制薬: [なし ・ あり] 薬剤名: ()
	γグロブリン療法: [なし ・ あり] 投与量: ()g/日 投与日数 (一か月あたり): ()日/月
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] 非侵襲的陽圧換気療法: [なし ・ あり] 気管切開管理: [なし ・ あり] 気管挿管: [なし ・ あり] 人工呼吸管理: [なし ・ あり]
血液浄化	血漿交換療法: 単純血漿交換療法 (PE): [未実施 ・ 実施] 二重濾過血漿交換療法 (DFPP): [未実施 ・ 実施] 血漿吸着療法 (PA): [未実施 ・ 実施] 血漿交換療法 (その他): ()
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