

告示番号		21		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		101 自己免疫介在性脳炎・脳症						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 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] 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] 感覚障害:[なし ・ あり ・ 不明] 自律神経障害:[なし ・ あり]											
				筋・骨格		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]									
						呼吸器・循環器		呼吸障害:[なし ・ あり] 詳細:()							
				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]													
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:()													

[illegible]

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