

告示番号		27		神経・筋疾患		平成（		）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書			
受給者番号（				新規登録 ・ 継続 ・ 転入 （ 転出地：							
患者		ふりがな 氏名				男 ・ 女	生年月日	平成 年 月 日 （ 満 歳 ）			
出生都道府県※1				出生体重		g		出生週数		在胎 週	
現在の身長※2		. cm		現在の体重※2		. kg		母の生年月日		昭和 平成 年 月 日	
発病		年 月 頃				初診日		年 月 日			
大分類病名		6		神経皮膚症候群		細分類病名		13		結節性硬化症	
1.臨床所見											
現在の症状	該当するものに○をつけ、必要な場合には（ ）内に記載										
	小頭症 （ なし ・ あり ） 頭囲 （ ） cm										
	水頭症症状 （ なし ・ あり ） 意識障害 （ なし ・ あり ）										
	てんかん発作 （ なし ・ あり → 発作型 （ ）、 頻度 （ ））										
	呼吸障害 （ なし ・ あり ） 異常行動 （ なし ・ あり ）										
	知的障害 （ なし ・ あり → 程度： ）										
	発達障害 （ なし ・ あり ）										
	移動障害 （ なし ・ あり → 戸外歩行 ・ 屋内歩行 ・ 介助歩行 ・ 立位可 ・ 車いす ・ 這う ・ 寝たきり ）										
	麻痺 （ なし ・ あり → 部位 （ ）、 程度 （ ））										
	下肢変形、脱臼 （ なし ・ あり → 部位： ）										
	脊椎変形 （ なし ・ あり → 部位／程度： ）										
	感覚障害 （ なし ・ あり → 知覚低下 ・ 過敏 ・ 疼痛 ・ その他 （ ））										
	皮膚所見 （ なし ・ あり → 褥瘡 ・ その他 （ ））										
	排泄障害 （ なし ・ あり → 尿失禁 ・ 間欠導尿 ・ その他 （ ））										
排便障害 （ なし ・ あり → 程度： ）											
2.検査所見											
診断の根拠となった検査等の結果	該当するものに○をつけ、必要な場合には（ ）内に記載										
	外表所見										
	皮膚病変 （ なし ・ あり → 種類／個数： ）										
	検査所見										
	網膜病変 （ なし ・ あり → 種類／個数： ）										
	心臓病変 （ なし ・ あり → 種類／個数： ）										
	腎臓病変 （ なし ・ あり → 種類／個数： ）										
	他臓器の病変 （ なし ・ あり → 種類／個数： ）										
	頭部MRI （ 未実施 ・ 実施 → 検査年齢 （ ）歳 所見 （ ））										
	神経所見										
てんかん （ なし ・ あり → 発作型： ）											
知的障害 （ なし ・ あり → IQまたは重症度： ）											
他の発達障害 （ なし ・ あり → 種類： ）											
3.その他の所見											
その他の現在の所見など	合併症 （ なし ・ あり → 詳細： ）										
4.経 過											
現在までの検査など治療・	現在までの治療について該当するものを選択										
	腫瘍切除術 （ 未実施 ・ 実施 → 臓器／術式： ）										
	その他の手術 （ 未実施 ・ 実施 → 臓器／術式： ）										
	その他の治療 （ カテーテル塞栓術 ・ 抗てんかん薬 ・ 抗腫瘍薬 ・ 他の薬剤 ・ その他の治療 （ ））										
5.今後の療の方針											
就学・就労		1. 就学前 2. 小中学校（通常学級・通級・特別支援学級） 3. 特別支援学校（小中学部・専攻科を含む高等部）									
		4. 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 5. 大学（短期大学を含む） 6. 就労（就学中の就労も含む）									
現状評価		7. 未就学かつ未就労 8. その他（ ）									
		一つに○印： 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能									
治療見込期間		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当： しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当： しない ・ する ・ 不明									
		入院		年 月 日 から		年 月 日 まで					
		通院		年 月 日 から		年 月 日 まで		（ 月 回 ）			
上 記 の 通 り 診 断 し ま す 。											
医療機関名											
および											
所在地											
平成 年 月 日 医師名 科 印											
小児慢性特定疾病指定医番号											

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入

※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入