

告示番号 1 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		25 亜急性硬化性全脳炎		細分類病名		65 亜急性硬化性全脳炎				
既往歴		麻疹（なし・あり）（ 歳 ヶ月）、麻疹予防接種（なし・あり）（接種時年齢 歳 ヶ月）								
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 性格変化、行動異常（なし・あり） ミオクロヌス（なし・あり） 失立発作、転倒発作（なし・あり） 筋緊張亢進（なし・あり） てんかん発作（なし・あり→程度： ） 運動障害（なし・あり→起立可・座位可・寝たきり） 意識障害（なし・あり→程度： ） 知的退行（なし・あり→程度： ）									
2.検査所見										
診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 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 発達・知能指数（未実施・実施→検査年齢（ ）歳 方法（ ） DQ/IQ 値（ ）） 血清麻疹抗体価の上昇（未実施・実施→検査年齢（ ）歳 HI（ ）倍、CF（ ）倍、NT（ ）倍） 髄液麻疹抗体価の上昇（未実施・実施→検査年齢（ ）歳 HI（ ）倍、CF（ ）倍、NT（ ）倍） 髄液IgG Index 又は IgGの上昇（未実施・実施→検査年齢（ ）歳 IgG Index（ ）%、IgG（ ）%） 脳波検査（未実施・実施→周期性同期性放電・その他（ ）） 頭部CT（未実施・実施→検査年齢（ ）歳 所見（ ）） 頭部MRI（未実施・実施→検査年齢（ ）歳 所見（ ）） その他の特殊検査 検査名（ ） 所見（ ） 病期分類（Ⅰ期・Ⅱ期・Ⅲ期・Ⅳ期・Ⅴ期）									
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										
現在の 治療	該当する治療法を選択 （イソプリノン・インターフェロン（髄注・脳室・静注）・リバビリン・抗いれん剤・鼻腔栄養・胃瘻栄養・中心静脈栄養・酸素療法・ 酸素療法・気管切開管理・人工呼吸療法・その他（ ））									
過去の主 な治療・ 検査など										
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） 7.未就学かつ未就労 8.その他（ ）									
現状評価	一つに○印： 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 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									
治療見込期間	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