

告示番号		76		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		10		もやもや病		細分類病名		29		もやもや病		
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											
	頭痛 （ なし ・ あり → 程度（ ）、頻度（ ））											
	一過性の神経症状 （ なし ・ あり → 症状：（ ））											
	麻痺 （ なし ・ あり → 部位（ ）、程度（ ））											
	不随意運動 （ なし ・ あり → 部位（ ）、程度（ ））											
	てんかん発作 （ なし ・ あり → 程度：（ ））											
	視野欠損 （ なし ・ あり → 程度：（ ））											
	感覚障害 （ なし ・ あり → 部位（ ）、程度（ ））											
	失語症 （ なし ・ あり → 程度：（ ））											
	精神症状 （ なし ・ あり → 程度：（ ））											
	知的障害 （ なし ・ あり → 程度：（ ））											
	異常行動 （ なし ・ あり ） 発達障害 （ なし ・ あり ）											
	日常生活 （ 正常 ・ やや不自由であるが独力で可能 ・ 制限があり部分介助 ・ 全面介助 ）											
社会活動 （ 就労学 ・ 家事労働 ・ 在宅医療 ・ 入院 ・ 入所 ・ その他 （ ））												
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											
	脳血管撮影 （ 未実施 ・ 実施 → 検査年齢 （ ）歳 大脳基底核部の異常血管網 （ なし ・ あり ）、 所見 （ ））											
	頭部MRA （ 未実施 ・ 実施 → 検査年齢 （ ）歳 撮影条件 （ ）、 動脈病変 （ 一側 ・ 両側 ）、 大脳基底核部の異常血管網 （ なし ・ あり ）、 動脈狭窄・閉塞 （ 右 ・ 左 ）、 中大脳動脈 （ 右 ・ 左 ）、 前大脳動脈 （ 右 ・ 左 ））											
	頭部MRI （ 未実施 ・ 実施 → 検査年齢 （ ）歳 脳梗塞 （ なし ・ あり → 部位（ ））											
	発達・知能指数 （ 未実施 ・ 実施 → 検査年齢 （ ）歳 方法 （ ） DQ/IQ値 （ ））											
	既往歴 （ なし ・ あり → 自己免疫疾患 ・ 髄膜炎 ・ 脳腫瘍 ・ ダウン症 ・ 神経線維腫症 ・ 頭部外傷 ・ 頭部放射線治療 ・ その他 （ ））											
	家族歴 （ なし ・ あり → 続柄 （ ））											
	その他の特殊検査 検査名 （ ）所見 （ ）											
	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 薬物治療 （ 抗血小板剤 ・ 抗けいれん剤 ・ その他（ ）） 血行再建術 右側（ なし ・ あり → 直接 ・ 間接 ）、 左側（ なし ・ あり → 直接 ・ 間接 ） 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