

告示番号		54		神経・筋疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		4 仙尾部奇形腫						受付種別		<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)							
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村			
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD)		体重 (測定日)		kg (SD)		BMI			
				年 月 日				年 月 日		肥満度 %			
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日							
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 ()											
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
病型		Altman分類: [I ・ II ・ III ・ IV]											
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] 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] 痙攣: [なし ・ あり] 意識障害: [なし ・ あり] 四肢麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] 低酸素脳症: [なし ・ あり]										
	筋・骨格		運動障害 (下肢): [なし ・ あり] 詳細: ()										
	腎・泌尿器		排尿障害: [なし ・ あり] 詳細: ()										
	消化器		排便障害: [なし ・ あり] 詳細: ()										
	その他		症状 (その他): ()										
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
病型		Altman分類: [I ・ II ・ III ・ IV]											
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] 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] 痙攣: [なし ・ あり] 意識障害: [なし ・ あり] 四肢麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] 低酸素脳症: [なし ・ あり]										
	筋・骨格		運動障害 (下肢): [なし ・ あり] 詳細: ()										
	腎・泌尿器		排尿障害: [なし ・ あり] 詳細: ()										
	消化器		排便障害: [なし ・ あり] 詳細: ()										
	その他		症状 (その他): ()										
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
血液検査		α-フェトプロテイン (AFP): ()ng/mL 未実施											
病理検査		生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 成熟奇形腫: [なし ・ あり] 未熟奇形腫: [なし ・ あり] 悪性奇形腫: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号		54		神経・筋疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		2/2	
画像検査	超音波検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()					
	CT検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()					
	MRI検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()					
	検査所見（その他） 検査所見（その他）：()						
	検査所見（申請時） ※直近の状況を記載						
	血液検査	α-フェトプロテイン（AFP）：()ng/mL・未実施					
病理検査	生検：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)					
	成熟奇形腫：[なし ・ あり]	未熟奇形腫：[なし ・ あり]		悪性奇形腫：[なし ・ あり]			()
画像検査	超音波検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()					
	CT検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()					
	MRI検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()					
	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：()					
経過（申請時） ※直近の状況を記載							
薬物療法	薬物療法：[なし ・ あり]						
	詳細：()						
排泄管理	自己導尿：[なし ・ あり]	腎瘻：[なし ・ あり]		膀胱瘻：[なし ・ あり]			
	洗腸：[なし ・ あり]	洗腸：[なし ・ あり]		人工肛門：[なし ・ あり]			
リハビリテーション	理学療法：[未実施 ・ 実施]	補装具の使用：下肢装具：[なし ・ あり]			車椅子：[なし ・ あり]		
手術	手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日：(年 月 日)					
	術式：() 所見：()						
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			
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			
医療機関住所		診療科		(印)			
		医師名					
		小児慢性特定疾病 指定医番号 （ ）					