

告示番号		63		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		78 難治頻回部分発作重積型急性脳炎								受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()	
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 (申請時) ※直近の状況を記載													
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] 精神症状：[なし ・ あり] 記憶障害：[なし ・ あり]											
		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)：()											
		てんかん：[なし ・ あり] 発作型：() 頻度：[日単位 ・ 週単位 ・ 月単位 ・ 年単位] ()											
	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		白血球数：()/μL 血小板数：()×10 ⁴ /μL PT-INR：() 血清直接ビリルビン (D-Bil)：()mg/dL				赤血球数：()×10 ⁴ /μL PT：()秒 APTT：()秒 AST：()U/L				ヘモグロビン (Hb)：()g/dL PT：()% 血清総ビリルビン (T-Bil)：()mg/dL ALT：()U/L			
髄液検査		細胞数：()/μL ウイルスの検出：[なし ・ あり]				総蛋白：()mg/dL・未実施 IFN-α値の上昇：[なし ・ あり]				ネオプテリン値の上昇：[なし ・ あり]			
生理機能検査		脳波検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 高振幅徐波：[なし ・ あり] 周期性放電：[なし ・ あり] 発作時の周期的な発作出現：[なし ・ あり] 所見 (その他)：()											
病理検査		脳生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
画像検査		CT 検査 (頭部)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
		MRI 検査 (頭部)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 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		汎血球減少：[なし ・ あり] 播種性血管内凝固：[なし ・ あり] 肝機能障害：[なし ・ あり] 薬疹：[なし ・ あり] 合併症 (その他)：()											
経過 (申請時) ※直近の状況を記載													
薬物療法		抗てんかん薬：[なし ・ あり] 薬剤名 (内服) ①：() 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 薬剤名 (内服) ②：() 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 薬剤名 (内服) ③：() 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 薬剤名 (内服) ④：() 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]											
栄養管理		経管栄養 (腸瘻・胃瘻含む)：[なし ・ あり] 中心静脈栄養：[なし ・ あり]											
		ケトン食：[なし ・ あり] 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能] 食事療法 (その他)：()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	63	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〉	2/2
呼吸管理	酸素療法：[なし ・ あり] 非侵襲的陽圧換気療法：[なし ・ あり] 気管切開管理：[なし ・ あり] 気管挿管：[なし ・ あり] 人工呼吸管理：[なし ・ あり]					
手術	てんかん外科手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 術式：() 所見：() 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]					
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				
		医師名 (印)				
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()				