

小児慢性特定疾患（神経・筋疾患）医療意見書（平成 年度）

受給者番号								新規（新規診断、転入 ^注 ）	）、継続、再開
患者	ふりがな 氏名	男・女				生年月日	昭和 年 月 日 平成 (歳)		
発症	昭・平 年 月頃					初診日	昭・平 年 月 日		
10 神経・筋疾患	疾患名：								ICD ()
<p>現在の症状：該当するものにつけ、必要な場合は自由記載してください</p> <p>「神経疾患」 小頭症：無、有 (頭囲 cm) けいれん発作：無、有 () 自閉傾向：無、有 () 意識障害：無、有 () 異常行動：無、有 (自傷行為、多動) 精神遅滞：無、有 (軽、中、重) 運動障害：無、有 (歩行可、座位可、寝たきり) 皮膚所見：無、有 (白斑、発汗欠如) 呼吸異常：無、有 () 体温調節異常：無、有 () 温痛覚の低下：無、有 () 骨折・脱臼：無、有 ()</p> <hr/> <p>「筋疾患」 筋緊張低下：無、有 (程度)</p>									
<p>診断の根拠となった主な検査等の結果（継続の場合は現在の状況）について</p> <p>数値等用いて具体的に記載、該当欄につけ、必要な場合 () に記載</p> <p>「神経疾患」 発達・知能指数：未実施、実施 (歳時、数値) 脳波 (歳時、所見) CTまたはMRI：未実施、実施 (所見) 血清麻疹抗体価上昇：無、有、未実施 髄液麻疹抗体検出：無、有、未実施 発汗テスト：未実施、実施 (方法：)</p> <hr/> <p>「筋疾患」 発達・知能指数：未実施、実施 (数値) 筋生検：未実施、実施 (所見) 筋電図：未実施、実施 (所見) 血清CK：未実施、実施 (IU/l) 血清乳酸：未実施、実施 (mg/dl) CTまたはMRI：未実施、実施 (所見)</p>									
<p>その他の現在の主な所見等：合併症 (無、有)</p>									
<p>経過（これまでに行われた主な治療、主な検査等の結果）</p> <p>(1つに 印：治癒、寛解、改善、不変、再燃、悪化、死亡、判定不能)</p>									
<p>現在の治療内容及び今後の治療方針</p> <p>該当する治療法に 印：強心薬、利尿薬、経管栄養、中心静脈栄養、人工呼吸管理、酸素療法、気管切開管理</p>									

裏面に続きます。

重症度	
1 疾患群項目	発達・知能指数20以下、又は1歳以上の児童において寝たきりのもの
2 共通項目	長期間（概ね6カ月以上）継続する状態であること
対象部位	症状の状態
眼	両眼の視力の和が0.04以下のもの
聴器	両耳の聴覚レベルが100デシベル以上のもの
上肢	両上肢の機能を全廃したもの 両上肢のすべての指を欠くもの 両上肢のすべての指の機能を全廃したもの 一上肢を上腕の2分の1以上で欠くもの 一上肢の機能を全廃したもの
下肢	両下肢の機能を全廃したもの 両下肢を足関節以上で欠くもの
体幹・脊柱	1歳以上の児童において、腰掛け、正座、あぐら、横すわりのいずれもができないもの 臥位又は座位から自力のみでは立ち上がれず、他人、柱、杖、その他の器物の介護又は補助によりはじめて立ち上がることができる程度の障害を有するもの
肢体の機能	身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が、上記と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの
その他 具体的に記載してください。	
治療見込 期間	入院 平成 年 月 日から平成 年 月 日 通院 平成 年 月 日から平成 年 月 日（月 回）
上記の通り診断する。 平成 年 月 日	
医療機関所在地 名称 電話番号	
医師氏名 印	

***記載要領**

注) 転入の場合は、転入前の都道府県・指定都市・中核市名を記入して下さい。