

様式第2号その10(第7条、第13条関係) (表面)
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	平成 年 月 日 (満 歳)	
発病	平成 年 月 頃	初診日	平成 年 月 日		
疾患群	10 神経・筋疾患	疾 患 名	I C D ()		
現在の症状： 該当するものに○を付け、必要な場合は自由記載してください。 「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) 精神遅延： 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 () <hr/> 「筋疾患」 筋緊張低下： 無、有 (程度)					
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)について数値等を用いて具体的に記載、該当欄に○を付け、必要な場合 () に記載 「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) C TまたはMR I： 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： 、所見) <hr/> 「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/1)、 血清乳酸： 未実施、実施 (mg/dl) C TまたはMR I： 未実施、 実施 (所見)					
その他の現在の主な所見等： 合併症 (無、有)					
経過 (これまでに行われた主な治療、主な検査等の結果) (1つに○印： 治癒、 寛解、 改善、 不変、 再燃、 悪化、 死亡、 判定不能)					
今後の治療方針 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					
治療見込期間	入 院	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで			
	通 院	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで (月 回)			
上記の通り診断する。		医療機関所在地			
平成 年 月 日		名称		科	
		医師氏名		印	

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ください。