

告示番号		19		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		96 自己免疫介在性脳炎・脳症						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 転入 → ()			
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日											
氏名		(セイメイ) (姓名)				以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)					
住所		郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()											
生年月日		年 月 日						性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地		都道府県 () 市区町村 ()											
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日							
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳 か月 日							
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										肥満度		%	
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		治療 ・ 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													
最終受診日		(年 月 日)											
病型		抗NMDA受容体脳炎 ・ 抗VGKC複合体抗体陽性脳炎 ・ 病型 (その他): ()											
感染症 (発症時)		ウイルス感染症の前駆症状: [なし ・ あり ・ 不明]											
症状		精神発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明] 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): () 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] てんかん: [なし ・ あり] 意識の変容または行動変化: [なし ・ あり ・ 不明] 精神症状: [なし ・ あり] 不随意運動: [なし ・ あり ・ 不明] 麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] 嚥下障害: [なし ・ あり] 睡眠障害: [なし ・ あり ・ 不明] 記憶障害: [なし ・ あり] 言語障害: [なし ・ あり ・ 不明] 運動失調: [なし ・ あり ・ 不明] 病的反射: [なし ・ あり] 腱反射亢進: [なし ・ あり] 感覚障害: [なし ・ あり ・ 不明] 自律神経障害: [なし ・ あり]											
		筋・骨格		筋緊張低下: [なし ・ あり ・ 不明] 筋緊張亢進: [なし ・ あり ・ 不明] ミオトニア: [なし ・ あり ・ 不明] 構音障害: [なし ・ あり]									
		呼吸器・循環器		呼吸障害: [なし ・ あり] 詳細: ()									
		腎・泌尿器		排尿障害: [なし ・ あり]									
症状		消化器		排便障害: [なし ・ あり]									
		眼		視力障害: [なし ・ あり]									
		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		血清アルブミン: ()g/dL 血清IgG: ()mg/dL 抗NMDA受容体抗体: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 抗VGKC複合体抗体: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 自己抗体 (その他): ()											
髄液検査		細胞数: ()/μL 総蛋白: ()mg/dL・未実施 オリゴクローナルバンド: [なし ・ あり] アルブミン: ()g/dL IgG: ()mg/dL IgG index: () 抗NMDA受容体抗体: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 抗VGKC複合体抗体: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 自己抗体 (その他): ()											
生理機能検査		脳波検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()											
		誘発電位検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 検査名: () 所見: ()											
画像検査		MRI検査 (頭部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 病変: [なし ・ あり] ガドリニウム造影効果: [なし ・ あり] 部位: () 所見 (その他): ()											
		核医学検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()											

		発達・知能指数検査：[未実施 ・ 実施]		実施日：(年 月 日)		実施時年齢：(歳 か月)	
発達・知能指数検査		検査名：[田中・ビネー式 ・ WPPSI ・ WISC ・ WAIS-R ・ 新版K式 ・ K-ABC ・ 遠城寺式 ・ KIDS ・ その他] DQまたはIQ値：() 検査名（その他）：()					
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		ステロイド薬：[なし ・ あり] ステロイドパルス療法：[なし ・ あり] γグロブリン療法：[なし ・ あり] 免疫抑制薬：[なし ・ あり] 薬剤名：() 生物学的製剤：[なし ・ あり] 詳細：()					
血液浄化		アフェレシス：[未実施 ・ 実施]					
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					
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 ()					
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	
医療機関所在地				診断年月日		年 月 日	
電話番号				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号		()	

行政記載欄		
担当自治体		
受理日	年	月 日
公費負担者番号		
認定結果	[認定 ・ 不認定]	
研究同意の有無	[有 ・ 無]	
受給者番号	受給者番号 () 有効期限	年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]	
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日	