

|                        |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                  |  |                                                                         |  |                                                 |  |                                                                                 |  |            |  |
|------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------|--|------------|--|
| 告示番号                   |             | 97                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 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                     |             | 99 慢性炎症性脱髄性多発神経炎                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                  |  |                                                                         |  | 受付種別                                            |  | <input type="checkbox"/> 継続      転出実施主体名<br><input type="checkbox"/> 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 ( )<br>資格取得年月日                      年                      月                      日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                  |  |                                                                         |  |                                                 |  |                                                                                 |  |            |  |
| 氏名                     |             | (セイメイ)<br>(姓名)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                  |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合)                                                    |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重           |             | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | cm (                      SD)                                    |  | 体重<br>(測定日)                                                             |  | kg (                      SD)                   |  | BMI                                                                             |  |            |  |
|                        |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 年                      月                      日                  |  |                                                                         |  | 年                      月                      日 |  | 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   )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                  |  |                                                                         |  |                                                 |  |                                                                                 |  |            |  |
| 症状・経過                  |             | 再発性または慢性進行性の経過：[   なし   ・  あり   ]                      期間：(                      )か月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                  |  |                                                                         |  |                                                 |  |                                                                                 |  |            |  |
| 症<br>状                 | 精神・神経       | 不随意運動：振戦：[   なし   ・  あり   ・  不明   ]<br>深部腱反射：[   正常   ・  低下   ・  消失   ] 部位：(                      )<br>表在感覚障害：[   なし   ・  あり   ]                      深部感覚障害：[   なし   ・  あり   ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                  |  |                                                                         |  |                                                 |  |                                                                                 |  |            |  |
|                        |             | 脳神経障害：[   なし   ・  あり   ]<br>詳細：(                      )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                  |  |                                                                         |  |                                                 |  |                                                                                 |  |            |  |
|                        |             | 異常感覚：[   なし   ・  あり   ] 部位：(                      )<br>詳細：(                      )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                  |  |                                                                         |  |                                                 |  |                                                                                 |  |            |  |
|                        |             | 感覚性運動失調：[   なし   ・  あり   ・  不明   ] 部位：(                      )<br>詳細：(                      )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                  |  |                                                                         |  |                                                 |  |                                                                                 |  |            |  |
|                        |             | 自律神経障害：発汗異常：[   なし   ・  あり   ]                      瞳孔異常：[   なし   ・  あり   ]                      排尿排便障害：[   なし   ・  あり   ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                  |  |                                                                         |  |                                                 |  |                                                                                 |  |            |  |
|                        |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                  |  |                                                                         |  |                                                 |  |                                                                                 |  |            |  |
|                        | 筋・骨格        | 筋力低下：[   なし   ・  あり   ]<br>詳細：(                      )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                  |  |                                                                         |  |                                                 |  |                                                                                 |  |            |  |
|                        |             | 筋萎縮：[   なし   ・  あり   ]<br>詳細：(                      )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                  |  |                                                                         |  |                                                 |  |                                                                                 |  |            |  |
|                        | 呼吸器・<br>循環器 | 呼吸障害：[   なし   ・  あり   ]<br>詳細：(                      )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                  |  |                                                                         |  |                                                 |  |                                                                                 |  |            |  |
|                        | その他         | 症状 (その他)：(                      )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                  |  |                                                                         |  |                                                 |  |                                                                                 |  |            |  |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載   |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                  |  |                                                                         |  |                                                 |  |                                                                                 |  |            |  |
| 髄液検査                   |             | 細胞数：(                      )/μL                      総蛋白：(                      )mg/dL・未実施<br>髄液検査 (その他)：(                      )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                  |  |                                                                         |  |                                                 |  |                                                                                 |  |            |  |
| 生理機能検査                 |             | 神経伝導検査：[   未実施   ・  実施   ]                      実施日：(                      年                      月                      日   )<br>部位：(                      )<br>伝導速度の低下：[   なし   ・  あり   ]                      伝導ブロック：[   なし   ・  あり   ]                      時間的分散：[   なし   ・  あり   ]<br>遠位潜時の延長：[   なし   ・  あり   ]                      F波の欠如：[   なし   ・  あり   ]                      F波最短潜時の延長：[   なし   ・  あり   ]<br>2本以上の運動神経で上記異常：[   なし   ・  あり   ]<br>所見 (その他)：(                      ) |  |                                                                  |  |                                                                         |  |                                                 |  |                                                                                 |  |            |  |
| 画像検査                   |             | MRI検査 (脊髄)：[   未実施   ・  実施   ]                      実施日：(                      年                      月                      日   )<br>神経根または馬尾の肥厚や造影効果：[   なし   ・  あり   ]<br>所見 (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   ]<br>詳細：(                      )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                  |  |                                                                         |  |                                                 |  |                                                                                 |  |            |  |
| 鑑別診断                   |             | ① 全身性疾患 (糖尿病、アミロイドーシス、膠原病、血管炎、悪性腫瘍、多発性骨髄腫、中枢神経系脱髄疾患、HIV感染症、サルコイドーシス) による末梢神経障害の除外：[   未実施   ・  実施   ]<br>② 末梢神経障害を起こす薬物への暴露の除外：[   未実施   ・  実施   ]<br>③ 末梢神経障害を起こす毒物への暴露の除外：[   未実施   ・  実施   ]<br>④ 末梢神経障害を起こす遺伝性疾患の除外：[   未実施   ・  実施   ]                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                  |  |                                                                         |  |                                                 |  |                                                                                 |  |            |  |

