

告示番号		103		神経・筋疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/3	
病名		41 もやもや病						受付種別		☐ 新規			
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)				以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
最終受診日		(年 月 日)											
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]											
		運動失調: [なし ・ あり ・ 不明]											
		頭痛: [なし ・ あり] 頻度: ()											
		詳細: ()											
		一過性神経症状: [なし ・ あり]											
		詳細: ()											
		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]											
		精神症状: [なし ・ あり]											
筋・骨格	筋・骨格	詳細: ()											
		失語症: [なし ・ あり]											
		詳細: ()											
		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): ()											
		麻痺: [なし ・ あり ・ 不明] 部位: ()											
		詳細: ()											
眼	眼	不随意運動: [なし ・ あり ・ 不明] 部位: ()											
		詳細: ()											
		感覚障害: [なし ・ あり ・ 不明] 部位: ()											
		詳細: ()											
その他	その他	筋緊張低下: 体幹: [なし ・ あり ・ 不明] 四肢: [なし ・ あり ・ 不明]											
		筋緊張亢進: 体幹: [なし ・ あり ・ 不明] 四肢: [なし ・ あり ・ 不明]											
眼		視野欠損: [なし ・ あり]											
その他		詳細: ()											
その他		症状 (その他): ()											
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]											
		運動失調: [なし ・ あり ・ 不明]											
		頭痛: [なし ・ あり] 頻度: ()											
		詳細: ()											
		一過性神経症状: [なし ・ あり]											
		詳細: ()											
		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]											
		精神症状: [なし ・ あり]											
筋・骨格	筋・骨格	詳細: ()											
		失語症: [なし ・ あり]											
		詳細: ()											
		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): ()													

上記の通り診断します。

医療機関名
医療機関所在地
電話番号

記載年月日 年 月 日
診断年月日 年 月 日

診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

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