

小児慢性特定疾患医療意見書の修正案

分担研究者：加藤 忠明、日本子ども家庭総合研究所小児保健担当部長
主任研究者：柳澤 正義、東京大学医学部小児科教授
研究協力者：斉藤 進、日本子ども家庭総合研究所システム管理室長代理
中澤 眞平、犬飼 岳史、山梨医科大学小児科教授、助手
澤田 淳、京都府立医科大学小児科教授
内山 聖、新潟大学医学部小児科教授
森川 昭廣、群馬大学医学部小児科教授
石澤 瞭、国立小児病院循環器科医長
奥野 晃正、伊藤 善也、旭川医科大学小児科教授、助手
宮田晃一郎、鹿児島大学医学部小児科教授
松浦 信夫、北里大学医学部小児科教授
黒田 泰弘、徳島大学医学部小児科教授
小宮山 淳、信州大学医学部附属病院長
飯沼 一字、東北大学医学部小児科教授
住友眞佐美、東京都衛生局母子保健課長
竹内 義廣、三重県健康福祉部児童家庭課母子医療対策監

研究要旨：平成10年度より全国で使用されている小児慢性特定疾患10疾患群の医療意見書を、現在の登録・集計状況より分析し、より良い内容にするため、一部の内容に関して修正案を作成した。CD-ROM(小児慢性特定疾患の登録・管理システム)と連動させることにより、より良い全国集計・解析が可能となることが期待される。

見出し語：小児慢性特定疾患、医療意見書改訂、全国的登録管理、コンピュータ集計解析

A．研究目的

平成10年度より小児慢性特定疾患の登録様式が全国的に統一された¹⁾。すなわち、申請書に添付される医療意見書は全国的にほぼ同様の書式となり、その内容をプライバシー保護に十分配慮しながら、コンピュータ入力・集計して登録・管理する方式となっている。

今年度は、この方式に基づいた全国的な登録・集計が実施できたので、より適切な疫学研究等を可能にするため、医療意見書の内容の一部修正を試みた。

B．研究方法

全国的な集計結果等を基に、本研究班の各地の研究協力者(各疾患群毎の専門医、病院や研究所の小児科医、保健所関係者、国や県の保健・医療関係者、コンピュータソフト作成者等)が協議した際の意見を取りまとめ、整理した。

C．結果と考察

医療意見書の改訂と、それに連動したコンピュータソフトの修正を実施して、全国集計を行

うことは、以下のような様々な困難が伴う。

従来の医療意見書と、改訂される医療意見書が同時に使用される時期があるため、集計結果の信頼性が一時的に低下する。

異なる医療意見書を同一のコンピュータソフトで処理することは難しい。それを可能にするソフト作成上の経費と手間は、最小限にしたい。

ソフトは、都道府県等版と中央版とで、各々10疾患群別にすでに作成されているため、それらを同じように修正する手間は膨大なものになる。

すでに都道府県等に配布されているソフトは、都道府県単独事業等の都合で修正されている場合がある。その場合、再配布するソフトを同じように修正し直さなければならない。

したがって医療意見書の修正は、以下のよう
に必要最小限にとどめたい。しかし、CD-ROM（小児慢性特定疾患の登録・管理システム）と連動させることにより、全国的な集計・解析が改善されることが期待される。その具体的修正案は後述する。

1) 「再開」の追加

複数回の申請が新規に行われる場合があるので、「新規（新規診断、転入） 継続」の項目内に「再開」を追加する必要がある。同一年度内での「再開」は、コンピュータソフト上重複して登録できない。しかし、1年以上間隔を開けて「再開」する場合は、「新規」と区別して登録すべきである。

2) 「悪性新生物」の医療意見書改訂

神経芽細胞腫がスクリーニングで発見されたかどうかを、より明確に記載できるように、意見書内の表現を「マスキングで発見、その他で発見（マスキング受検 有・無）」と修正するべきであろう。

悪性新生物のStageをコンピュータ入力可能なように、「Stage: 、 、 、 」として、経過（転帰）と関連づけることが望まれる。この Stage分類による集計は、医療意見書入力を都道府県等が行うことになったためコンピュータ入力できなくなった内容である。

3) 「糖尿病」の医療意見書改訂

現在の治療状況を知るため、(1)インスリン、(2)経口血糖降下剤、(3)食事・運動療法のみ、を追加する。

1、2型糖尿病の鑑別のため、抗膵島抗体、特に保険で認められている抗GAD抗体を追加する。

4) 「先天性代謝異常」の医療意見書改訂

より正確な集計を可能とするため、昨年度に報告した内容とほぼ同様であるが²⁾、就学状況の無記入を減らすため「就学前」を追加する。

5) 「神経・筋疾患」の医療意見書改訂

平成10年より無痛無汗症が対象疾患として追加されたので、それに伴い数項目追加する。

D. 結論

「新規、転入、継続」の項目内に「再開」を追加する。

「悪性新生物」、「糖尿病」、「先天性代謝異常」、「神経・筋疾患」の医療意見書の一部を修正することが望まれる。

謝辞

以前に比較して記入内容が増えた医療意見書を記載された現場の医師、またその内容をコンピュータ入力する等の登録・管理を担当された都道府県・指定都市・中核市、そして保健所等の担当者、そしていろいろな助言、指導をいただいた多くの方々に深謝いたします。

文献

1) 加藤忠明、柳澤正義他：小児慢性特定疾患登録管理の試行()。平成9年度厚生省心身障害研究「小児慢性特定疾患治療研究事業の評価に関する研究」：8~24、1998。

2) 加藤忠明、柳澤正義他：小児慢性特定疾患の全国的登録・管理。平成10年度厚生科学研究「母子保健情報の登録・評価に関する研究」：64~77、1999。

小児慢性特定疾患（悪性新生物）医療意見書（平成 年度）

		受給者番号（ ）	新規（新規診断、転入）、継続、再開			
患者	ふりがな 氏名	男女	生年 月日	昭和 平成	年 月 日 (満 歳)	
発病	昭・平 年 月 頃		初診日	昭・平 年 月 日		
疾患 区分	01 悪性 新生物	診断名： ICD() 病型、組織型： FAB分類：L(), M() 発症部位、病期、Stage： 、 、 、 、				
現在の症状：						
<p>診断の根拠となった主な検査等の結果 （数値等を用いて具体的に記載、継続の場合は現在の状況） 該当するものに○をつけ、必要な場合（ ）に記載してください。</p> <p>生検（部位、材料： ） 骨髄スミア - （腫瘍細胞 %） 組織特異抗原（陽性抗原： ） 細胞組織化学 - -[△]「[△]ルオキシタ[△]-セ[△]」（-、±、+）、[△]「[△]ステラ[△]-セ[△]」（-、±、+）、 その他（ ）</p> <p>表面マーカー（ ） 腫瘍マ - カ - - VMA（正常、境界、異常）、HVA（正常、境界、異常）、 NSE（正常、境界、異常）、AFP（正常、境界、異常）、 CEA（正常、境界、異常）、HCG（正常、境界、異常）、 ferritin（正常、境界、異常）、他（ ）</p> <p>C T : 未実施、実施（所見^注）：無、有 M R I : 未実施、実施（所見：無、有 ア ン ギ オ : 未実施、実施（所見：無、有 染色体検査：未実施、実施（所見：無、有 D N A 診断：未実施、実施（所見：無、有 その他の検査（ ）</p>						
その他の現在の主な所見等：合併症（無、有）						
<p>経過（これまでに行われた主な治療、主な検査等の結果） 神経芽細胞腫の場合どちらかに 印： マスクリ-ニク[△]で発見、その他で発見（マスクリ-ニク[△]受検 有・無）</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>						
今後の治療方針						
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 医師氏名			科 印	

注）「所見」とは、「特記すべき所見」を意味する。

小児慢性特定疾患（慢性腎疾患）医療意見書（平成 年度）

		受給者番号（ ）		新規（新規診断、転入）、継続、再開			
患者	ふりがな 氏名			男女	生年 月日	昭和 平成	年 月 日 (満 歳)
発病	昭・平 年 月頃			初診日	昭・平 年 月 日		
疾患 区分	02 慢性腎疾患	疾患名	ICD()				
現在の症状：							
<p>診断の根拠となった主な検査等の結果 （数値等を用いて具体的に記載、継続の場合は現在の状況） 該当するものに○をつけ、必要な場合（ ）に記載してください。</p> <p>血尿：無・有（肉眼的血尿、 / 視野）、蛋白尿：無・有（ mg/dl） 血清：総蛋白（ g/dl）（アルブミン g/dl）、クレアチン（ mg/dl） 総コレステロール（ mg/dl）、IgA（ mg/dl）、C3（ mg/dl） 腎エコー：未実施、実施（特記すべき所見：無、有) 腎生検：未実施、実施（所見)</p>							
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							
治療見込期間	入院	平成 年 月 日から平成 年 月 日					
上記の通り診断する		医療機関所在地 名称			科		
平成 年 月 日		医師氏名			印		

注）低身長を伴う慢性腎不全で成長ホルモン治療を要する場合は「成長ホルモン治療用意見書（初回、継続）」を添付して下さい。

小児慢性特定疾患（ぜんそく）医療意見書（平成 年度）

		受給者番号（ ）		新規（新規診断、転入）、継続、再開																																			
患者	ふりがな 氏名			男女	生年 月日	昭和 平成	年 月 日 (満 歳)																																
発病	昭・平 年 月 頃			初診日	昭・平 年 月 日																																		
疾患 区分	03 ぜんそく	疾患名	ICD()																																				
<p>重症度：重症度は以下の基準で、「重、中、軽」のいずれかに○をつける。</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td></td> <td>大発作¹⁾</td> <td>中発作²⁾</td> <td>小発作³⁾</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>発作頻度</td> <td>年数回以内</td> <td>中</td> <td>軽</td> <td>軽、</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>半年に数回</td> <td>重</td> <td>中</td> <td>軽、</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>月に数回</td> <td>重</td> <td>重</td> <td>中、</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>ステロイド依存例（吸入性ステロイドを除く）：重、1か月間の治療点数 1年以内に意識障害を伴う大発作があった場合：重、() 特記すべき事項：</p>										大発作 ¹⁾	中発作 ²⁾	小発作 ³⁾				発作頻度	年数回以内	中	軽	軽、					半年に数回	重	中	軽、					月に数回	重	重	中、			
		大発作 ¹⁾	中発作 ²⁾	小発作 ³⁾																																			
発作頻度	年数回以内	中	軽	軽、																																			
	半年に数回	重	中	軽、																																			
	月に数回	重	重	中、																																			
<p>診断の根拠となった主な検査等の結果 （数値等を用いて具体的に記載、継続の場合は現在の状況） 該当するものに○をつけ、必要な場合（ ）に記載してください。</p> <p>血液検査：IgE（ U/ml）、RAST陽性抗原（ ） 末梢血好酸球（ /mm³）、喀痰または鼻汁の好酸球（ -、+、++、+++） 呼吸機能検査：FEV_{1.0}（ ml）、%FEV_{1.0}（ %）、%PEF（ %） 吸入によるFEV_{1.0}の改善率（ %）⁴⁾ 気道過敏性：未実施、実施（過敏性：無、有） その他の検査（ ）</p>																																							
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																																							
治療見込期間	入院	平成	年	月	日から平成	年	月 日																																
上記の通り診断する 平成 年 月 日		医療機関所在地 名称			科																																		
		医師氏名			印																																		

1) 著明な喘鳴、呼吸困難、起座呼吸を呈し、時にチアノーゼを認める。
 2) 明らかな喘鳴と陥没呼吸を認め、呼吸困難がある。
 3) 軽い喘鳴がある。軽い陥没呼吸を伴うこともある。
 4) $(\Delta\text{-タ刺激剤吸入後のFEV}_{1.0} - \text{吸入前のFEV}_{1.0}) / (\text{吸入前のFEV}_{1.0}) \times 100\%$

小児慢性特定疾患（慢性心疾患）医療意見書（平成 年度）

		受給者番号（ ）		新規（新規診断、転入）、継続、再開			
患者	ふりがな 氏名			男女	生年 月日	昭和 平成	年 月 日 (満 歳)
発病	昭・平 年 月 日			初診日	昭・平 年 月 日		
疾患 区分	04 慢性心疾患	疾患名	ICD()				
<p>現在の症状：該当するものに○をつけ、体重を記入してください。</p> <p>チアノーゼ：有、無 哺乳力低下（食欲不振）：有、無</p> <p>多呼吸：有、無 体重増加不良：有、無 体重() kg</p> <p>易感染性：有、無 易疲労性（運動制限）：有、無</p>							
聴診所見 心雑音：無、有（収縮期、拡張期、連続性雑音）							
<p>診断の根拠となった主な検査等の結果 （数値等を用いて具体的に記載、継続の場合は現在の状況） 該当するものに○をつけ、必要な場合（ ）に記載してください。</p> <p>心電図：正常、右室肥大、左室肥大、両室肥大、右房肥大、左房肥大 不整脈：無、有（診断名)</p> <p>胸部X線：心胸郭比(%)、肺血流：正常、増加、減少)</p> <p>心エコー：未実施、実施（主な所見)</p> <p>心臓カテテル検査：未実施、実施（動脈血酸素飽和度 %)</p> <p>肺動脈圧 / (平均圧 mmHg)、右室圧 / 、左室圧 /)</p> <p>大動脈圧 / (平均圧 mmHg)、Qp/Qs= 、Rp/Rs=)</p>							
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							
治療見込期間	入院	平成 年 月 日から平成 年 月 日					
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			

小児慢性特定疾患（内分泌疾患）医療意見書（平成 年度）

		受給者番号（ ）		新規（新規診断、転入）、継続、再開			
患者	ふりがな 氏名			男女 1)	生年 月日	昭和 平成	年 月 日 (満 歳)
発病	昭・平 年 月 頃			初診日	昭・平 年 月 日		
疾患 区分	05 内分泌疾患	疾患名	ICD()				
現在：平成 年 月 日 ²⁾ の身長 cm、体重 kg 二次性徴 ³⁾ Tanner B/G 、PH 先天性甲状腺機能低下症、先天性副腎過形成の場合、どちらかに 印： 新生児スクリーニングで発見、他で発見							
診断の根拠となった症状、身体所見、検査成績（数値で具体的に）を記載する （継続の場合は現在の状況）							
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							
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				医療機関所在地			
平成 年 月 日				名称 科			
				医師氏名 印			

注1) 性腺疾患で性の決定を保留している場合は、記入しなくてもよい。

注2) 初診時または診断時についての記入でよい。

注3) B/G: breast/genitalia stages、PH: pubic hair stages

注4) 成長ホルモン分泌不全性低身長症（下垂体性小人症）または成長ホルモン分泌不全を伴うターナー症候群で成長ホルモン治療を要する場合は「成長ホルモン治療用意見書（初回、継続）」を添付して下さい。

小児慢性特定疾患（膠原病）医療意見書（平成 年度）

		受給者番号（ ）		新規（新規診断、転入）、継続、再開			
患者	ふりがな 氏名			男女	生年 月日	昭和 平成	年 月 日 (満 歳)
発病	昭・平 年 月頃			初診日	昭・平 年 月 日		
疾患 区分	06 膠原病	疾患名	ICD()				
<p>現在の症状：該当するものに○をつけ、必要な場合（ ）に記載する。</p> <p>関節症状：無、有（主症状） 皮膚症状：無、有（主症状） その他の症状 発熱：無、有 レイノー症状：無、有 眼症状：無、有（ ）、口腔内症状：無、有（ ）</p>							
<p>診断の根拠となった主な検査等の結果 （数値等を用いて具体的に記載、継続の場合は現在の状況） 該当するものに○をつけ、必要な場合（ ）に記載してください。</p> <p>赤沈：1時間値（ mm）、CRP（ mg/dl）、白血球（増、正常、減） 血清総蛋白（ g/dl）、血清 グロブリン値（ g/dl） 抗核抗体（ 倍）、抗DNA抗体（ IU/ml） 抗RNP抗体（ -、±、+ ）、RA（ -、±、+ ） 生検：未実施、実施（部位： 病理所見：</p> <p>その他（ ）</p>							
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							
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 科 医師氏名 印			

小児慢性特定疾患（糖尿病）医療意見書（平成 年度）

		受給者番号（ ）		新規（新規診断、転入）、継続、再開			
患者	ふりがな 氏名			男女	生年 月日	昭和 平成	年 月 日 (満 歳)
発病	昭・平 年 月頃			初診日	昭・平 年 月 日		
疾患 区分	07 糖尿病	疾患名	ICD()				
<p>現在の症状：平成 年 月の身長 cm、体重 kg 以下、該当するものに○をつけ、必要な場合()に記載してください。 多尿・多飲(年 月頃より)、体重減少(年 月頃より) 全身倦怠(年 月頃より)、意識障害・昏睡(年 月頃より) その他() 現在の治療：(1)インスリン、(2)経口血糖降下剤、(3)食事・運動療法のみ</p>							
<p>診断の根拠となった主な検査等の結果 (数値等を用いて具体的に記載、継続の場合は現在の状況) 該当するものに○をつけ、必要な場合()に記載してください。 病型：IDDM、NIDDM、分類不能、 随時血糖値・空腹時血糖値(mg/dl) Insulin(μU/ml)、HbA1c %、随時尿糖値・早朝尿糖値(g/dl) ケトン尿(-、+、++、+++)、蛋白尿(-、+、++)、血清GAD抗体(U/ml) 血清：Na(mEq/L)、K(mEq/L)、Cl(mEq/L) 中性脂肪(mg/dl)、BUN(mg/dl)、クレアチン(mg/dl) GOT(mIU/ml)、GPT(mIU/ml)、総コレステロール(mg/dl) 0-GTT(NIDDMのみ)(g負荷)：前(mg/dl)、 1時間(mg/dl)、2時間(mg/dl)</p>							
<p>その他の現在の主な所見等： 糖尿病性合併症(無、有) その他の合併症(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) (1つに 印：治癒、寛解、改善、不変、再燃、悪化、死亡、判定不能)</p>							
今後の治療方針							
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				医療機関所在地 名称 科			
平成 年 月 日				医師氏名 印			

小児慢性特定疾患（先天性代謝異常）医療意見書（平成 年度）

		受給者番号（ ）		新規（新規診断、転入）、継続、再開			
患者	ふりがな 氏名			男女	生年 月日	昭和 平成	年 月 日 (満 歳)
発病	昭・平 年 月頃			初診日	昭・平 年 月 日		
疾患 区分	08 先天性代謝異常		疾患名	ICD()			
<p>現在の症状：該当するものに○をつけ、必要な場合は自由記載する。 マスクリーニングで発見（有、無）、知的障害（有、無）、痙攣（有、無）、 成長障害（有、無）、嘔吐（有、無）、下痢（有、無）、 肝腫（有、無）、特異顔貌（有、無）、眼科的異常（有、無）、 骨変形（有、無）、尿路結石（有、無）、その他（ ）</p>							
<p>診断の根拠となった主な検査等の結果（数値等を用いて具体的に記載） 該当するものに○をつけ、必要な場合（ ）に記載してください。 血液分析：未実施、実施（アミノ酸、有機酸、脂質、アンモニア、pH、 セルロプラスミン、グルコース、銅、乳酸、ピルビン酸、その他） （所見） 尿分析：未実施、実施（アミノ酸、有機酸、ムコ多糖体、グルコース、 蛋白、その他）（所見） 負荷テスト：未実施、実施（所見） 酵素活性測定：未実施、実施（所見） 遺伝子解析：未実施、実施（所見） 骨X線検査：未実施、実施（所見） その他（ ）</p>							
<p>その他の現在の主な所見等： 合併症（無、有 ）、知能指数（ ） 就学状況（通常学級、障害児学級、養護学校、訪問教育、就学前、その他）</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） （1つに 印：治癒、寛解、改善、不変、再燃、悪化、死亡、判定不能）</p>							
<p>今後の治療方針</p>							
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				医療機関所在地 名称 科			
平成 年 月 日				医師氏名 印			

注）軟骨異栄養症で成長ホルモン治療を要する場合は「成長ホルモン治療用意見書（初回、継続）」を添付して下さい。

小児慢性特定疾患（血友病等血液疾患）医療意見書（平成 年度）

		受給者番号（ ）		新規（新規診断、転入）、継続、再開			
患者	ふりがな 氏名			男女	生年 月日	昭和 平成	年 月 日 (満 歳)
発病	昭・平 年 月頃			初診日	昭・平 年 月 日		
疾患 区分	09 血友病等 血液疾患	疾患名	ICD()				
<p>現在の症状：該当するものに○をつけ、必要な場合は自由記載する。 発熱、鼻出血、関節痛、易感染性、血尿、貧血、黄疸、発疹、出血斑、脾腫 腫瘤、血管腫</p>							
<p>診断の根拠となった主な検査等の結果 (数値等を用いて具体的に記載、継続の場合は現在の状況) 該当するものに○をつけ、必要な場合()に記載してください。 Hb(g/dl)、RBC(× 10⁴/mm³)、Ht(%)、Plt(× 10³/mm³) WBC(/mm³、好中球 %、好酸球 %、リンパ球 %)、網赤血球(‰) 出血時間(分)、PT(秒)、APTT(秒)、第 因子(%)、第 因子(%) 血清間接ビリルビン(mg/dl)、LDH(IU/l)、BUN(mg/dl) IgG(mg/dl)、IgA(mg/dl)、IgM(mg/dl)、直接Coombs試験(+・-) PA-IgG(ng/10⁷cells) 白血球機能検査：未実施、実施(所見)</p>							
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							
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		医療機関所在地 名称			科		
平成 年 月 日		医師氏名			印		

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）、継続、再開			
患者	ふりがな 氏名			男女	生年 月日	昭和 平成	年 月 日 (満 歳)
発病	昭・平 年 月 頃			初診日	昭・平 年 月 日		
疾患 区分	10 神経・筋疾患	疾患名	ICD()				
<p>現在の症状：該当するものに○をつけ、必要な場合は自由記載する。</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> <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 数値等用いて具体的に記載、該当欄に○をつけ、必要な場合（ ）に記載</p> <p>「神経疾患」 発達・知能指数（ 歳時、数値 ） 脳波（ 歳時、所見 ） CTまたはMRI：未実施、実施（所見 ） 麻疹抗体価：未実施、実施（血清 、髄液 ）（方法 ） 発汗テスト：未実施、実施（方法： 、所見 ）</p> <p>「筋疾患」 発達指数：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>							
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							
治療見込期間	入院	平成 年 月 日から平成 年 月 日					
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			