

告示番号		91		内分泌疾患 () 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/3		
病名	89 プラダー・ウィリ (Prader-Willi) 症候群					受付種別	<input type="checkbox"/> 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)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI			
	年 月 日	年 月 日		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 (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)									
身体所見	顔貌所見：前額横径の狭小：[なし ・ あり] アーモンド形の眼瞼裂：[なし ・ あり] 狭い鼻梁：[なし ・ あり] 薄い上唇と下向きの口：[なし ・ あり]									
症状	全身	低身長 (-2.0SD以下)：[なし ・ あり]								
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]				肥満：[なし ・ あり]				
	筋・骨格	筋緊張低下：[なし ・ あり]								
	精神・神経	過食：[なし ・ あり]		行動異常：[なし ・ あり]						
	精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]									
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	全身	低身長 (-2.0SD以下)：[なし ・ あり]								
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]				肥満：[なし ・ あり]				
	筋・骨格	筋緊張低下：[なし ・ あり]								
	精神・神経	過食：[なし ・ あり]		行動異常：[なし ・ あり]						
	精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]									
その他	症状 (その他)：()									
検査所見 (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										
血液検査	AST：()U/L		ALT：()U/L		中性脂肪 (TG)：()mg/dL					
	総コレステロール：()mg/dL		IGF-1 (ソマトメジンC)：()ng/mL							
テストステロン：()ng/mL ・ ng/dL		エストラジオール (E ₂)：()pg/mL								
LH：()mIU/mL		FSH：()mIU/mL								
HbA _{1c} ：()%		血糖値 (空腹時)：()mg/dL								
インスリン (IRI)：()μU/mL		採血タイミング：[空腹時 ・ 食後]								
遺伝学的検査	染色体検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)									
	検体採取部位：[末梢血 ・ その他] 詳細：()									
	所見 (15q11-13領域)：[欠失 ・ 片親性ダイソミー ・ 刷り込み変異 ・ 染色体転座 ・ その他]									
	所見 (その他)：()									
FISH (SNRPN領域)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)										
所見：()										
メチル化試験 (SNRPN-DMR)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)										
所見：()										
遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)										
所見：()										

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

血液検査	AST : () U/L	ALT : () U/L	中性脂肪 (TG) : () mg/dL
	総コレステロール : () mg/dL	IGF-1 (ソマトメジンC) : () ng/mL	
	テストステロン : () ng/mL	ng/dL	エストラジオール (E ₂) : () pg/mL
	LH : () mIU/mL	FSH : () mIU/mL	
	HbA _{1c} : () %	血糖値 (空腹時) : () mg/dL	
	インスリン (IRI) : () μU/mL	採血タイミング : [空腹時 ・ 食後]	

遺伝学的検査	染色体検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)
	検体採取部位 : [末梢血 ・ その他]	詳細 : ()
	所見 (15q11-13領域) : [欠失 ・ 片親性ダイソミー ・ 刷り込み変異 ・ 染色体転座 ・ その他]	
	所見 (その他) : ()	
FISH (SNRPN領域) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)	所見 : ()
メチル化試験 (SNRPN-DMR) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)	所見 : ()
遺伝子検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)	所見 : ()

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	補充療法 : [なし ・ あり]	詳細 : ()
	機能抑制療法 : [なし ・ あり]	詳細 : ()
	薬物療法 (その他) : ()	

手術	手術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日 : (年 月 日)	術式 : ()
----	---------------------------	-----------------	----------

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
成長ホルモン治療の有無 : [なし ・ あり]	成長ホルモン治療申請の有無 (※身長-2.0SD以下または成長速度が2年以上にわたって-1.5 SD以下である場合、成長ホルモン治療初回申請可) : [なし ・ あり]

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 ()	

・ 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