

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 (継続申請用)		1/2		
病名	89 プラダー・ウィリ (Prader-Willi) 症候群					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <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 () 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		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	治癒 ・ 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	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 (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