

告示番号		90		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)		1/2	
病名	92 バルデー・ビードル (Bardet-Biedl) 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)			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)			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	内分泌・代謝	性腺機能低下: [なし ・ あり]			肥満: [なし ・ あり]				
	腎・泌尿器	腎機能低下: [なし ・ あり]							
	筋・骨格	多指・合指症: [なし ・ あり]							
	精神・神経	精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]							
	眼	網膜色素変性: [なし ・ あり]							
	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	内分泌・代謝	性腺機能低下: [なし ・ あり]			肥満: [なし ・ あり]				
	腎・泌尿器	腎機能低下: [なし ・ あり]							
	筋・骨格	多指・合指症: [なし ・ あり]							
	精神・神経	精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]							
	眼	網膜色素変性: [なし ・ あり]							
	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	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	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): ()
栄養管理	経管栄養 (腸瘻・胃瘻含む): [なし ・ あり]
手術	胃バイパス術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日)
	胃食道逆流術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日)
	手術 (その他): [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
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