

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〈継続申請用〉		1/2	
病名		92 バルデー・ビードル (Bardet-Biedl) 症候群							受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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)				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 (申請時) ※直近の状況を記載													
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): ()									
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 (ノマトメジン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

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]
------	---

保險情報	保險者番号 () 被保險者記号 () 被保險者番号 () 被保險者個人單位校番 () 資格取得年月日 年 月 日
------	--