

告示番号	87	神経・筋疾患	( )	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)	1/3
病名	8 中隔視神経形成異常症 (ドモルシア (De Morsier) 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	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	小頭症 (-2.0SD以下): [ なし ・ あり ] 大頭症 (+2.0SD以上): [ なし ・ あり ] 頭囲:( )cm 頭囲SD:( )					
症状	全身	低身長 (-1.5SD以下): [ なし ・ あり ] 多飲:[ なし ・ あり ] 多尿:[ なし ・ あり ]				
	精神・神経	精神発達遅滞:[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]				
		移動障害:[ なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明 ]				
		嚥下障害:[ なし ・ あり ]				
	呼吸器・循環器	てんかん:[ なし ・ あり ] 発作型:( )				
		頻度:[ 日単位 ・ 週単位 ・ 月単位 ・ 年単位 ]				
	呼吸器・循環器	呼吸障害:[ なし ・ あり ] SpO <sub>2</sub> (非補助時):( )%				
	腎・泌尿器	詳細:( )				
	腎・泌尿器	呼吸障害 (新生児期): [ なし ・ あり ]				
	腎・泌尿器	停留精巣:[ なし ・ あり ]				
内分泌・代謝	症候性低血糖:[ なし ・ あり ] 小陰茎:[ なし ・ あり ] 思春期早発:[ なし ・ あり ]					
消化器	遷延する黄疸:[ なし ・ あり ]					
眼	視力障害:[ なし ・ あり ] 視野障害:半盲:[ なし ・ あり ] 眼振:[ なし ・ あり ] 斜視:[ なし ・ あり ]					
	小眼球:[ なし ・ あり ]					
耳鼻咽喉	眼症状 (その他):( )					
耳鼻咽喉	聴力障害:[ なし ・ あり ] 聴力 (右):( )dB 聴力 (左):( )dB					
その他	症状 (その他):( )					
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載						
身体所見	小頭症 (-2.0SD以下): [ なし ・ あり ] 大頭症 (+2.0SD以上): [ なし ・ あり ] 頭囲:( )cm 頭囲SD:( )					
症状	全身	低身長 (-1.5SD以下): [ なし ・ あり ] 多飲:[ なし ・ あり ] 多尿:[ なし ・ あり ]				
	精神・神経	精神発達遅滞:[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]				
		移動障害:[ なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明 ]				
		嚥下障害:[ なし ・ あり ]				
	呼吸器・循環器	てんかん:[ なし ・ あり ] 発作型:( )				
		頻度:[ 日単位 ・ 週単位 ・ 月単位 ・ 年単位 ]				
	呼吸器・循環器	呼吸障害:[ なし ・ あり ] SpO <sub>2</sub> (非補助時):( )%				
	腎・泌尿器	詳細:( )				
	腎・泌尿器	呼吸障害 (新生児期): [ なし ・ あり ]				
	腎・泌尿器	停留精巣:[ なし ・ あり ]				
内分泌・代謝	症候性低血糖:[ なし ・ あり ] 小陰茎:[ なし ・ あり ] 思春期早発:[ なし ・ あり ]					
消化器	遷延する黄疸:[ なし ・ あり ]					
眼	視力障害:[ なし ・ あり ] 視野障害:半盲:[ なし ・ あり ] 眼振:[ なし ・ あり ] 斜視:[ なし ・ あり ]					
	小眼球:[ なし ・ あり ]					
耳鼻咽喉	眼症状 (その他):( )					
耳鼻咽喉	聴力障害:[ なし ・ あり ] 聴力 (右):( )dB 聴力 (左):( )dB					
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	血清Na:( )mEq/L	血清K:( )mEq/L	血清Cl:( )mEq/L	TSH:( )μU/mL		
	free T <sub>3</sub> :( )pg/mL	free T <sub>4</sub> :( )ng/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 <sub>2</sub> ):( )pg/mL				
	コルチゾール:朝:( )μg/dL	コルチゾール:昼または夕:( )μg/dL	コルチゾール:寝る前:( )μg/dL			
ACTH:( )pg/mL	血漿抗利尿ホルモン:( )pg/mL	血清浸透圧:( )mOsm/kg ・ H <sub>2</sub> O				

告示番号	87	神経・筋疾患 ( )	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)	2/3
負荷試験	TRH分泌刺激試験: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )			
	TSH基礎値: ( )μIU/mL	TSH頂値: ( )μIU/mL	TSH頂値 出現時間: ( )分		
	GnRH (LHRH) 負荷試験: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )			
	LH基礎値: ( )mIU/mL	LH頂値: ( )mIU/mL			
	FSH基礎値: ( )mIU/mL	FSH頂値: ( )mIU/mL			
	成長ホルモン分泌試験①: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )			
	負荷試験名: [ インスリン負荷試験 ・ グルカゴン負荷試験 ・ アルギニン負荷試験 ・ クロニジン負荷試験 ・ GHRP-2負荷試験 ・ L-DOPA負荷試験 ]				
	GH測定キット名: ( )	GH頂値 (補正値): ( )ng/mL			
	成長ホルモン分泌試験②: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )			
負荷試験名: [ インスリン負荷試験 ・ グルカゴン負荷試験 ・ アルギニン負荷試験 ・ クロニジン負荷試験 ・ GHRP-2負荷試験 ・ L-DOPA負荷試験 ]					
GH測定キット名: ( )	GH頂値 (補正値): ( )ng/mL				
hCG負荷試験: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )				
テストステロン基礎値: ( )ng/mL ・ ng/dL	テストステロン頂値: ( )ng/mL ・ ng/dL				
CRH負荷試験: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )				
ACTH頂値: ( )pg/mL	コルチゾール: 頂値: ( )μg/dL				
インスリン負荷試験: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )				
ACTH頂値: ( )pg/mL	コルチゾール: 頂値: ( )μg/dL				
水制限試験: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )				
最大血清浸透圧: ( )mOsm/kg ・ H <sub>2</sub> O	最大尿浸透圧: ( )mOsm/kg ・ H <sub>2</sub> O	ADH頂値: ( )pg/mL			
高張食塩水負荷試験: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )				
最大血清浸透圧: ( )mOsm/kg ・ H <sub>2</sub> O	最大尿浸透圧: ( )mOsm/kg ・ H <sub>2</sub> O	ADH: 頂値: ( )pg/mL			
生理機能検査	脳波検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )			
所見: ( )					
感染症免疫学的検査	ウイルス検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )			
所見: ( )					
画像検査	CTまたはMRI検査 (頭部): [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )			
	無脳回: [ なし ・ あり ]	厚脳回: [ なし ・ あり ]	多小脳回: [ なし ・ あり ]	脳室拡大: [ なし ・ あり ]	
	脳梁欠損: [ なし ・ あり ]	透明中隔欠損: [ なし ・ あり ]	視交叉の低形成: [ なし ・ あり ]		
	下垂体前葉の形成不全: [ なし ・ あり ]	下垂体柄の菲薄あるいは同定不能: [ なし ・ あり ]			
	下垂体後葉の形成不全: [ なし ・ あり ]	異所性後葉: [ なし ・ あり ]	異所性灰白質: [ なし ・ あり ]		
	裂脳症: [ なし ・ あり ]	水頭症: [ なし ・ あり ]			
	所見 (その他): ( )				
	発達・知能指数検査	発達・知能指数検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	実施時年齢: ( 歳 か月 )	
	検査名: [ 田中・ビネー式 ・ WPPSI ・ WISC ・ WAIS-R ・ 新版K式 ・ K-ABC ・ 遠城寺式 ・ KIDS ・ その他 ]				
検査名 (その他): ( )					
DQまたはIQ値: ( )					
眼科学的検査	眼底検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	視神経低形成: [ なし ・ あり ]			
遺伝学的検査	染色体検査: [ 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 (その他)	検査所見 (その他): ( )				
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
血液検査	血清Na: ( )mEq/L	血清K: ( )mEq/L	血清Cl: ( )mEq/L	TSH: ( )μIU/mL	
	free T <sub>3</sub> : ( )pg/mL	free T <sub>4</sub> : ( )ng/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 <sub>2</sub> ): ( )pg/mL			
	コルチゾール: 朝: ( )μg/dL	コルチゾール: 昼または夕: ( )μg/dL	コルチゾール: 寝る前: ( )μg/dL		
	ACTH: ( )pg/mL	血漿抗利尿ホルモン: ( )pg/mL	血清浸透圧: ( )mOsm/kg ・ H <sub>2</sub> O		
生理機能検査	脳波検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )			
所見: ( )					
感染症免疫学的検査	ウイルス検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )			
所見: ( )					
画像検査	CTまたはMRI検査 (頭部): [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )			
	無脳回: [ なし ・ あり ]	厚脳回: [ なし ・ あり ]	多小脳回: [ なし ・ あり ]	脳室拡大: [ なし ・ あり ]	
	脳梁欠損: [ なし ・ あり ]	透明中隔欠損: [ なし ・ あり ]	視交叉の低形成: [ なし ・ あり ]		
	下垂体前葉の形成不全: [ なし ・ あり ]	下垂体柄の菲薄あるいは同定不能: [ なし ・ あり ]			
	下垂体後葉の形成不全: [ なし ・ あり ]	異所性後葉: [ なし ・ あり ]	異所性灰白質: [ なし ・ あり ]		
	裂脳症: [ なし ・ あり ]	水頭症: [ なし ・ あり ]			
	所見 (その他): ( )				
	発達・知能指数検査	発達・知能指数検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	実施時年齢: ( 歳 か月 )	
	検査名: [ 田中・ビネー式 ・ WPPSI ・ WISC ・ WAIS-R ・ 新版K式 ・ K-ABC ・ 遠城寺式 ・ KIDS ・ その他 ]				
検査名 (その他): ( )					
DQまたはIQ値: ( )					
眼科学的検査	眼底検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	視神経低形成: [ なし ・ あり ]			
遺伝学的検査	染色体検査: [ 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 (その他)	検査所見 (その他): ( )				

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	合併奇形 (その他): ( ) 脊髄髄膜瘤: [ なし ・ あり ] 合併症 (その他): ( )
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	抗てんかん薬: [ なし ・ あり ] 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 ]      中心静脈栄養: [ なし ・ あり ]
呼吸管理	酸素療法: [ なし ・ あり ]      非侵襲的陽圧換気療法: [ なし ・ あり ]      気管切開管理: [ なし ・ あり ] 気管挿管: [ なし ・ あり ]      人工呼吸管理: [ なし ・ あり ]
褥瘡管理	褥瘡管理: [ なし ・ あり ]
リハビリテーション	理学療法: [ 未実施 ・ 実施 ] リハビリテーション (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: ( ) 所見: ( )
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