

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 (継続申請用)	1/2
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"/> 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)	
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	BMI	%
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)					
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]				
	呼吸器・循環器	嚥下障害:[なし ・ あり]				
		てんかん:[なし ・ あり] 発作型:()				
	腎・泌尿器	頻度:[日単位 ・ 週単位 ・ 月単位 ・ 年単位]				
		呼吸障害:[なし ・ あり] SpO ₂ (非補助時):()%				
	腎・泌尿器	詳細:()				
	内分泌・代謝	呼吸障害 (新生児期): [なし ・ あり]				
	消化器	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):()					
	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 (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:()μU/mL					
	free T ₃ :()pg/mL free T ₄ :()ng/dL IGF-1 (ソマトメジンC):()ng/mL					
血液検査	テストステロン:()ng/mL ・ ng/dL エストラジオール (E ₂):()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 ₂ O					
生理機能検査	脳波検査:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日)					
感染症免疫学的検査	所見:()					
画像検査	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]					
画像検査	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]					
発達・知能指数検査	所見 (その他):()					
	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)					
発達・知能指数検査	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):()					
発達・知能指数検査	DQまたはIQ値:()					

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 (継続申請用) **2/2**

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 (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): ()		
	脊髄腫瘍: [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