

告示番号		90		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		10 ダンディー・ウォーカー（Dandy-Walker）症候群								受付種別		☐ 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)													
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	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]													
		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 ₂ (非補助時)：()% 詳細：()													
	眼	眼症状：[なし ・ あり] 詳細：()													
	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	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]													
		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 ₂ (非補助時)：()% 詳細：()													
	眼	眼症状：[なし ・ あり] 詳細：()													
	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		内分泌学的検査：[未実施 ・ 実施] 所見：()													
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] 小脳虫部低形成：[なし ・ あり] 第4脳室の嚢胞状拡大：[なし ・ あり] 後頭蓋窩拡大：[なし ・ あり] 脳幹低形成：[なし ・ あり] 所見（その他）：()													

