

告示番号	56	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	21 ウェルナー (Werner) 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)		BMI
		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 ]		体重増加不良: [ なし ・ あり ]		動脈硬化: [ 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 ]					
	筋・骨格	関節拘縮: [ なし ・ あり ]		骨変形: [ なし ・ あり ]			
	筋・骨格	筋・骨格症状 (その他): ( )					
	腎・泌尿器	腎機能障害: [ なし ・ あり ]					
	腎・泌尿器	詳細: ( )					
	内分泌・代謝	性腺機能低下: [ なし ・ あり ]					
	内分泌・代謝	詳細: ( )					
	内分泌・代謝	耐糖能異常: [ なし ・ あり ]		高インスリン血症: [ なし ・ あり ]			
	皮膚・粘膜	皮膚萎縮: [ なし ・ あり ]		皮膚硬化: [ なし ・ あり ]		潰瘍: [ なし ・ あり ]	
皮膚・粘膜	日光過敏症: [ なし ・ あり ]		白髪: [ なし ・ あり ]				
皮膚・粘膜	皮膚・粘膜症状 (その他): ( )						
眼	白内障: [ なし ・ あり ]						
眼	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		
	嚙声: [ なし ・ あり ]						
その他	禿頭: [ なし ・ あり ]		早老的顔貌: [ 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							
尿検査	尿中ヒアルロン酸: [ 未実施 ・ 正常 ・ 増加 ・ 減少 ]						
病理検査	皮膚線維芽細胞分裂能: [ 未実施 ・ 正常 ・ 上昇 ・ 低下 ]						
画像検査	CT検査 (頭部): [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )				
	所見: ( )						
画像検査	MRI検査 (頭部): [ 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 )		WRN遺伝子異常: [ なし ・ あり ]		
遺伝学的検査	遺伝子異常 (その他): ( )						
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	合併症: [ なし ・ あり ]						
合併症	詳細: ( )						

告示番号	56	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
家族歴	本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細：( ) 血族結婚：[ なし ・ あり ・ 不明 ]					
経過 (申請時) ※直近の状況を記載						
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 ]			
血液浄化	腹膜透析 (慢性透析)：[ 未実施 ・ 実施 ]		導入年月：( 年 月 )			
	血液透析 (慢性透析)：[ 未実施 ・ 実施 ]		導入年月：( 年 月 )			
手術	皮膚移植：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]			白内障手術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]		
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