

告示番号	57	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	22 コケイン (Cockayne) 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		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]		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] 表在感覚障害: [なし ・ あり] 深部感覚障害: [なし ・ あり]						
	筋・骨格	関節拘縮: [なし ・ あり]		骨変形: [なし ・ あり]				
	腎・泌尿器	腎機能障害: [なし ・ あり]						
	内分泌・代謝	詳細:()						
		性腺機能低下: [なし ・ あり]		詳細:()				
	皮膚・粘膜	耐糖能異常: [なし ・ あり]		高インスリン血症: [なし ・ あり]				
		皮膚萎縮: [なし ・ あり]		皮膚硬化: [なし ・ あり]		潰瘍: [なし ・ あり]		
	眼	日光過敏症: [なし ・ あり]		白髪: [なし ・ あり]				
		皮膚・粘膜症状 (その他): ()						
耳鼻咽喉	網膜色素変性: [なし ・ あり]		白内障: [なし ・ あり]		涙液減少: [なし ・ あり]			
	眼症状 (その他): ()							
その他	聴力障害: [なし ・ あり]		聴力 (右): ()dB		聴力 (左): ()dB			
	嚔声: [なし ・ あり]							
その他	う歯: [なし ・ あり]		禿頭: [なし ・ あり]		早老的顔貌: [なし ・ あり]			
	発汗障害: [なし ・ あり]		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]		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] 表在感覚障害: [なし ・ あり] 深部感覚障害: [なし ・ あり]						
	筋・骨格	関節拘縮: [なし ・ あり]		骨変形: [なし ・ あり]				
	腎・泌尿器	腎機能障害: [なし ・ あり]						
	内分泌・代謝	詳細:()						
性腺機能低下: [なし ・ あり]		詳細:()						
その他	耐糖能異常: [なし ・ あり]		高インスリン血症: [なし ・ あり]					
	皮膚萎縮: [なし ・ あり]		皮膚硬化: [なし ・ あり]		潰瘍: [なし ・ あり]			
その他	日光過敏症: [なし ・ あり]		白髪: [なし ・ あり]					
	皮膚・粘膜症状 (その他): ()							
その他	網膜色素変性: [なし ・ あり]		白内障: [なし ・ あり]		涙液減少: [なし ・ あり]			
	眼症状 (その他): ()							
その他	聴力障害: [なし ・ あり]		聴力 (右): ()dB		聴力 (左): ()dB			
	嚔声: [なし ・ あり]							
その他	う歯: [なし ・ あり]		禿頭: [なし ・ あり]		早老的顔貌: [なし ・ あり]			
	発汗障害: [なし ・ あり]		症状 (その他): ()					

告示番号		57		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	
症状	皮膚・粘膜	皮膚萎縮:[なし ・ あり]	日光過敏症:[なし ・ あり]	皮膚硬化:[なし ・ あり]	潰瘍:[なし ・ あり]						
	眼	網膜色素変性:[なし ・ あり]	白内障:[なし ・ あり]	涙液減少:[なし ・ あり]							
	耳鼻咽喉	聴力障害:[なし ・ あり]	聴力(右):()dB	聴力(左):()dB							
	その他	う歯:[なし ・ あり]	禿頭:[なし ・ あり]	早老的顔貌:[なし ・ あり]							
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											
生理機能検査	神経伝導検査:[未実施 ・ 実施]	実施日:(年 月 日)	運動神経伝導速度:[未実施 ・ 正常 ・ 遅延]	感覚神経伝導速度:[未実施 ・ 正常 ・ 遅延]							
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またはMRI検査(頭部):[未実施 ・ 実施]	実施日:(年 月 日)	大脳萎縮:[なし ・ あり]	脳内石灰化:[なし ・ あり]	白質病変:[なし ・ あり]	小脳変性:[なし ・ あり]					
遺伝学的検査	遺伝子検査:[未実施 ・ 実施]	実施日:(年 月 日)	ERCC8遺伝子異常:[なし ・ あり]	ERCC6遺伝子異常:[なし ・ あり]							
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											
生理機能検査	神経伝導検査:[未実施 ・ 実施]	実施日:(年 月 日)	運動神経伝導速度:[未実施 ・ 正常 ・ 遅延]	感覚神経伝導速度:[未実施 ・ 正常 ・ 遅延]							
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またはMRI検査(頭部):[未実施 ・ 実施]	実施日:(年 月 日)	大脳萎縮:[なし ・ あり]	脳内石灰化:[なし ・ あり]	白質病変:[なし ・ あり]	小脳変性:[なし ・ あり]					
遺伝学的検査	遺伝子検査:[未実施 ・ 実施]	実施日:(年 月 日)	ERCC8遺伝子異常:[なし ・ あり]	ERCC6遺伝子異常:[なし ・ あり]							
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]	詳細:()									
家族歴	本疾患の家族歴:[なし ・ あり ・ 不明]	詳細:()									
経過 (申請時) ※直近の状況を記載											
薬物療法	糖尿病治療薬:[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]									
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