

告示番号		65		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		35 先天性グリコシルホスファチジルイノシトール (GPI) 欠損症								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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI				
										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		顔貌所見：口唇裂：[なし ・ あり] 口蓋裂：[なし ・ あり] 眼間解離：[なし ・ あり] 長い眼瞼裂：[なし ・ あり] 広い鼻梁：[なし ・ あり] テント状の上口唇：[なし ・ あり] 耳介変形：[なし ・ あり]												
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] てんかん分類：ウエスト症候群：[なし ・ あり] レノックス・ガストー症候群：[なし ・ あり] 焦点性てんかん：[なし ・ あり] てんかん (その他)：()												
		発達障害：[なし ・ あり ・ 不明] 自閉スペクトラム症：[なし ・ あり ・ 不明] 注意欠如多動症：[なし ・ あり ・ 不明] 限局性学習症：[なし ・ あり ・ 不明] 発達障害 (その他)：()												
		筋・骨格 筋緊張低下：[なし ・ あり ・ 不明] 関節拘縮：[なし ・ あり] 四肢短縮：[なし ・ あり] 末節骨短縮：[なし ・ あり]												
		皮膚・粘膜 魚鱗瘡：[なし ・ あり] 反復性皮下膿瘍：[なし ・ あり]												
		眼 視力障害：[なし ・ あり] 眼症状 (その他)：()												
	耳鼻咽喉 難聴：[なし ・ あり] 耳鼻咽喉症状 (その他)：()													
	その他 爪低形成・欠損：[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		顔貌所見：口唇裂：[なし ・ あり] 口蓋裂：[なし ・ あり] 眼間解離：[なし ・ あり] 長い眼瞼裂：[なし ・ あり] 広い鼻梁：[なし ・ あり] テント状の上口唇：[なし ・ あり] 耳介変形：[なし ・ あり]											
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] てんかん分類：ウエスト症候群：[なし ・ あり] レノックス・ガストー症候群：[なし ・ あり] 焦点性てんかん：[なし ・ あり] てんかん (その他)：()												
		発達障害：[なし ・ あり ・ 不明] 自閉スペクトラム症：[なし ・ あり ・ 不明] 注意欠如多動症：[なし ・ あり ・ 不明] 限局性学習症：[なし ・ あり ・ 不明] 発達障害 (その他)：()												
		筋・骨格 筋緊張低下：[なし ・ あり ・ 不明] 関節拘縮：[なし ・ あり] 四肢短縮：[なし ・ あり] 末節骨短縮：[なし ・ あり]												
		皮膚・粘膜 魚鱗瘡：[なし ・ あり] 反復性皮下膿瘍：[なし ・ あり]												
	眼 視力障害：[なし ・ あり] 眼症状 (その他)：()													
	耳鼻咽喉 難聴：[なし ・ あり] 耳鼻咽喉症状 (その他)：()													
	その他 爪低形成・欠損：[なし ・ あり] 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		ALP：()U/L 判定：[年齢正常値と比較して常時高値 ・ 年齢正常値と比較して時に高値 ・ 年齢正常値と比較して正常範囲内 ・ 年齢正常値と比較して時に低値 ・ 年齢正常値と比較して常時低値]												
		顆粒球フローサイトメトリー：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()												
生理機能検査		脳波検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) suppression-burst/パターン：[なし ・ あり] hypsarrhythmia：[なし ・ あり] fast rhythm：[なし ・ あり] 全般的遅棘徐波：[なし ・ あり] 全般的異常波：[なし ・ あり] 局在性徐波：[なし ・ あり] 局在性異常速波：[なし ・ あり] 所見 (その他)：()												
		聴性脳幹反応 (ABR) 検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) I波潜時延長：[なし ・ あり] V波出現不良：[なし ・ あり] 所見：()												

上記の通り診断します。

医療機関名
医療機関所在地
電話番号

記載年月日 年 月 日
診断年月日 年 月 日

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