

告示番号		29		染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群 ()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/3				
病名	8 ベックウィズ・ヴィーデマン (Beckwith-Wiedemann) 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	頭囲:()cm 頭囲SD:()													
主症状	巨舌:[なし ・ あり]			手術の必要性:[なし ・ あり]			巨大児:[なし ・ あり]							
	臍帯ヘルニア:[なし ・ あり]			手術の必要性:[なし ・ あり]			腹直筋離開:[なし ・ あり]			手術の必要性:[なし ・ あり]				
臍ヘルニア:[なし ・ あり]			手術の必要性:[なし ・ あり]			片側肥大:[なし ・ あり]			手術の必要性:[なし ・ あり]					
胎児性腫瘍:[なし ・ あり]			手術の必要性:[なし ・ あり]											
耳垂の線状溝・耳輪後縁の小窩:[なし ・ あり]			手術の必要性:[なし ・ あり]											
副症状	新生児期の低血糖:[なし ・ あり]			腹腔内臓器腫大:[なし ・ あり]			腎奇形:[なし ・ あり]							
症状	筋・骨格	骨折:[なし ・ あり] 脱臼:[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] 麻痺:[なし ・ あり ・ 不明] 痙攣:[なし ・ あり] 意識障害:[なし ・ あり]												
	その他	体温調節異常:[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	頭囲:()cm 頭囲SD:()													
症状	筋・骨格	骨折:[なし ・ あり] 脱臼:[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] 麻痺:[なし ・ あり ・ 不明] 痙攣:[なし ・ あり] 意識障害:[なし ・ あり]												
	その他	体温調節異常:[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														
発達・知能指数検査	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)													
	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):() DQまたはIQ値:()													
遺伝学的検査	染色体検査:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()													
	FISH:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 11番染色体の11p15領域を含む染色体異常:[なし ・ あり] 所見 (その他):()													
	マイクロアレイ染色体検査:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 11番染色体の11p15領域を含む染色体異常:[なし ・ あり] 所見 (その他):()													

告示番号 **29** 染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/3**

遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) CDKN1C遺伝子異常: [なし ・ あり] 遺伝子異常 (その他): ()
	インプリンティング異常: [なし ・ あり] 所見: ()
	遺伝学的検査 (その他): ()
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

発達・知能指数検査	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) 検査名: [田中・ピネー式 ・ WPPSI ・ WISC ・ WAIS-R ・ 新版K式 ・ K-ABC ・ 遠城寺式 ・ KIDS ・ その他] 検査名 (その他): () DQまたはIQ値: ()

遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	FISH: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 11番染色体の11p15領域を含む染色体異常: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()
	マイクロアレイ染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 11番染色体の11p15領域を含む染色体異常: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) CDKN1C遺伝子異常: [なし ・ あり] 遺伝子異常 (その他): ()
	インプリンティング異常: [なし ・ あり] 所見: ()
	遺伝学的検査 (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 (腫瘍)	腫瘍の合併: [なし ・ あり] 病理診断名: () 積極的治療: 治療計画: [未実施 ・ 治療予定 ・ 治療継続 ・ 治療終了] 治療終了日: (年 月 日) 治療計画 (その他): () 治療終了者に対する計画的フォローアップレベル: [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]
	合併症 (その他): ()

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	薬物療法: [なし ・ あり] 詳細: ()
呼吸管理	酸素療法: [なし ・ あり] 経鼻エアウェイ: [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] 人工呼吸管理: [なし ・ あり]
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]
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