

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 (継続申請用)		1/2	
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"/> 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	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 (申請時) ※直近の状況を記載											
最終受診日	(年 月 日)										
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 (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・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):()											
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	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:()										

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 (継続申請用) **2/2**

呼吸管理	酸素療法: [なし ・ あり] 経鼻エアウェイ: [なし ・ あり] 気管切開管理: [なし ・ あり]	人工呼吸管理: [なし ・ あり]	非侵襲的陽圧換気療法: [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