

告示番号		1		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	9 アンジェルマン (Angelman) 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:()											
特異的主要症状等	容易に引き起こされる笑い:[なし ・ あり]					失調性歩行:[なし ・ あり]								
	下顎突出を含む特徴的な顔貌:[なし ・ あり]					てんかん:[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)	15番染色体の15q11.2-15q11.3領域の欠失:[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)	15番染色体の15q11.2-15q11.3領域の欠失:[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)	UBE3A遺伝子異常:[なし ・ あり]					
遺伝子異常 (その他):()														
片親性ダイソミー:[なし ・ あり]														

告示番号	1 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	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・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)	
	15番染色体の15q11.2-15q11.3領域の欠失: [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)	
	15番染色体の15q11.2-15q11.3領域の欠失: [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)	UBE3A遺伝子異常: [なし ・ あり]
	遺伝子異常 (その他): ()		
	片親性ダイソミー: [なし ・ あり]		
	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	合併症: [なし ・ あり]		
	詳細: ()		
経過 (申請時) ※直近の状況を記載			
薬物療法	抗てんかん薬: [なし ・ あり]		
	薬物療法 (その他): ()		
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