

告示番号		10 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	33 MEC P 2 重複症候群			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		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	特徴的な顔貌: 落ちくぼんだ目:[ なし ・ あり ] 眼間開離:[ なし ・ あり ] 広い鼻梁:[ なし ・ あり ] 小さな口:[ なし ・ あり ] テント状の口:[ なし ・ あり ] 大きな耳:[ なし ・ あり ]						
	筋緊張低下:[ なし ・ あり ] 易感染性:[ なし ・ あり ] 難治性てんかん (幼児期以降):[ なし ・ あり ] 便秘 (重度):[ なし ・ あり ] 嘔吐:[ なし ・ あり ] 胃食道逆流症:[ なし ・ あり ] 細長い指、細長い爪:[ なし ・ あり ]						
症状	筋・骨格	側彎:[ 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 ] 手・腕の常同運動:[ なし ・ あり ] 痙性麻痺 (進行性):[ なし ・ あり ・ 不明 ] 睡眠障害:[ なし ・ あり ]					
		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):( )					
		発達障害 (その他):( )					
	呼吸器・循環器	呼吸障害 (睡眠時):[ なし ・ あり ]					
	耳鼻咽喉	アデノイド肥大:[ 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	側彎:[ 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 ] 手・腕の常同運動:[ なし ・ あり ] 痙性麻痺 (進行性):[ なし ・ あり ・ 不明 ] 睡眠障害:[ なし ・ あり ]					
		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):( )					
		発達障害 (その他):( )					
	呼吸器・循環器	呼吸障害 (睡眠時):[ なし ・ あり ]					
	耳鼻咽喉	アデノイド肥大:[ 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							
血液検査	血清IgA:( )mg/dL		実施日:( 年 月 日 )				
	血清IgG:( )mg/dL		実施日:( 年 月 日 )				
	IgGサブクラス:IgG2:( )mg/dL		実施日:( 年 月 日 )				

告示番号	10	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
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 ) 所見：( )				
	マイクロアレイ染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )				
	MLPA：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )				
	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 遺伝子異常：( )				
	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					
血液検査	血清IgA：( )mg/dL 実施日：( 年 月 日 )				
	血清IgG：( )mg/dL 実施日：( 年 月 日 )				
	IgGサブクラス：IgG2：( )mg/dL 実施日：( 年 月 日 )				
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 ) 所見：( )				
	マイクロアレイ染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )				
	MLPA：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )				
	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 遺伝子異常：( )				
	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	消化器疾患の合併：[ なし ・ あり ]				
	詳細：( )				
	合併症 (その他)：( )				
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 ] 抗生物質：[ 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 (腸嚙・胃嚙含む)：[ 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