

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 MECP2重複症候群						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)			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		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）：()									
	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）：()									
	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)									

