

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 (継続申請用)		1/2		
病名	33 MECP2重複症候群					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	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 (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 月)							
	検査名:[田中・ピナー式 ・ 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] 経鼻工アウェイ: [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