

告示番号		24		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	34 武内・小崎症候群					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	全身	リンパ浮腫:[ なし ・ あり ]					易感染性:[ なし ・ あり ]					
	筋・骨格	屈指症 (手指):[ なし ・ あり ]					屈指症 (足趾):[ 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 ]										
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):( )												
耳鼻咽喉	難聴:[ なし ・ あり ]											
その他	症状 (その他):( )											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載												
血液検査	白血球数:( )/μL	実施日:( 年 月 日 )										
	リンパ球:( )%	実施日:( 年 月 日 )										
	血小板数:( )×10 <sup>4</sup> /μL	実施日:( 年 月 日 )										
	末梢血塗抹:[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日:( 年 月 日 )										
	巨大血小板:[ なし ・ あり ]											
	血清IgG:( )mg/dL	・ 未実施	実施日:( 年 月 日 )									
	血清IgA:( )mg/dL	・ 未実施	実施日:( 年 月 日 )									
血清IgM:( )mg/dL	・ 未実施	実施日:( 年 月 日 )										
TSH:( )μIU/mL	・ 未実施	実施日:( 年 月 日 )										
free T <sub>3</sub> :( )pg/mL	・ 未実施	実施日:( 年 月 日 )										
free T <sub>4</sub> :( )ng/dL	・ 未実施	実施日:( 年 月 日 )										
画像検査	MRI検査 (頭部):[ 未実施 ・ 実施 ]					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 )											
遺伝学的検査	検査名:[ 田中・ピネー式 ・ 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	遺伝子検査:[ 未実施 ・ 実施 ]											
	実施日:( 年 月 日 )											
	CDC42遺伝子異常:[ なし ・ あり ]											
検査所見 (その他)	DNA変異:( )											
	アミノ酸変異:( )											
遺伝学的検査 (その他):( )												
検査所見 (その他):( )												

告示番号 **24** 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**

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:( )		
既往歴	アレルギー疾患:[ なし ・ あり ] 自己免疫疾患:[ なし ・ あり ] 中耳炎:[ なし ・ あり ] 肺炎:[ なし ・ あり ] 皮膚粘膜カンジダ症:[ なし ・ あり ] ニューモシスチス肺炎:[ なし ・ あり ] ウイルス感染 (水痘・EBVなど)の重症化:[ なし ・ あり ] 抗酸菌感染:[ なし ・ あり ] 既往歴 (その他):( )		
治療歴	入院加療を要する感染症:[ なし ・ 年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上 ] 抗菌薬点滴静注を要する感染症:[ なし ・ 年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上 ] ウイルス感染症の重症化:[ なし ・ 年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上 ] 真菌感染症の重症化:[ なし ・ 年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上 ]		

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	予防投与 (抗菌薬):[ なし ・ あり ] 予防投与 (抗真菌薬):[ なし ・ あり ] 予防投与 (抗ウイルス薬):[ なし ・ あり ] 免疫グロブリン療法:[ 未実施 ・ 静注 ・ 皮下注 ] 用量:( )g/週 甲状腺ホルモン:[ なし ・ あり ]		
	補充療法:[ なし ・ あり ] 詳細:( ) 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