告示番号 27 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	□ 継続　転出実施主体名 □ 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 （　　ー　　） 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） 年　月　日	体重（測定日）	kg （　　SD） 年　月　日	BMI 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	治癒 ・ 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：（　　）×10⁴/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_3：（　　）pg/mL ・ 未実施　実施日：（　年　月　日） free T_4：（　　）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） 所見：（　　）
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	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] 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）	検査所見（その他）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 27　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〉　

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