

病名	37 シャーフ・ヤング（Schaaf-Yang）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（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)				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		新生児期の筋緊張低下：[なし・あり] 乳児期の哺乳不良：[なし・あり] 浅い鼻唇溝、大きな耳を含む特徴的顔貌：[なし・あり] 小さな手足：[なし・あり]											
症状	全身	低身長（-2.0SD以下）：[なし・あり]											
	筋・骨格	関節拘縮：[なし・あり] 骨折：[なし・あり] 脱臼：[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] 痙攣：[なし・あり] 意識障害：[なし・あり] 自閉スペクトラム症：[なし・あり・不明]											
	呼吸器・循環器	睡眠時無呼吸：[なし・あり] 呼吸障害（その他）：()											
	消化器	胃食道逆流症：[なし・あり] 便秘：[なし・あり]											
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし・あり]											
	眼	斜視：[なし・あり] 眼症状（その他）：()											
	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	全身	低身長（-2.0SD以下）：[なし・あり]											
	筋・骨格	関節拘縮：[なし・あり] 骨折：[なし・あり] 脱臼：[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] 痙攣：[なし・あり] 意識障害：[なし・あり] 自閉スペクトラム症：[なし・あり・不明]											
	呼吸器・循環器	睡眠時無呼吸：[なし・あり] 呼吸障害（その他）：()											
	消化器	胃食道逆流症：[なし・あり] 便秘：[なし・あり]											
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし・あり]											
	眼	斜視：[なし・あり] 眼症状（その他）：()											
	その他	体温調節異常：[なし・あり] 症状（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

医療機関所在地

電話番号

記載年月日

年

月

8

診断年月日

年

月

8

診療科

醫師名

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

8

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]

保險情報

保険者番号 () 被保険者記号 ()

被保險者番号 () 被保險者個人單位枝番 ()

資格取得年月日 年 月 日