

告示番号		31		神経・筋疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		32 クルーズン (Crouzon) 病						受付種別		<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)							
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村			
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 %			
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日							
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 ()											
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 (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													
病型		頭蓋骨縫合早期癒合部位：[矢状縫合 ・ 冠状縫合 ・ 人字縫合 ・ 前頭縫合 ・ 鱗状縫合] 頭蓋骨縫合早期癒合部位 (その他)：()											
身体所見		頭囲：()cm 頭囲SD：() 水頭症：[なし ・ あり] 頭蓋変形：[なし ・ 舟状頭蓋 ・ 前斜頭蓋 ・ 後斜頭蓋 ・ 三角頭蓋 ・ 短頭蓋 ・ 塔状頭蓋] キアリ奇形：[なし ・ あり]											
症 状	全身	低身長 (－1.5SD以下)：[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] 嚥下障害：[なし ・ あり]											
		発達障害：[なし ・ あり ・ 不明] 注意欠如多動症：[なし ・ あり ・ 不明] 発達障害 (その他)：()					自閉スペクトラム症：[なし ・ あり ・ 不明] 限局性学習症：[なし ・ あり ・ 不明]						
		てんかん：[なし ・ あり] 発作型：()											
		頻度：[日単位 ・ 週単位 ・ 月単位 ・ 年単位]											
	筋・骨格	骨折：[なし ・ あり] 脱臼：[なし ・ あり] 合指 (趾) 症：[なし ・ あり] 手指異常：[なし ・ あり] 足趾異常：[なし ・ あり] 筋・骨格症状 (その他)：()											
	呼吸器・循環器	呼吸障害：[なし ・ あり] 詳細：()											
	眼	眼球突出：[なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり] 聴力 (右)：()dB 聴力 (左)：()dB 耳管狭窄：[なし ・ あり]											
その他	小顎症：[なし ・ あり] 眼窩間距離開大：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()												
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
病型		頭蓋骨縫合早期癒合部位：[矢状縫合 ・ 冠状縫合 ・ 人字縫合 ・ 前頭縫合 ・ 鱗状縫合] 頭蓋骨縫合早期癒合部位 (その他)：()											
身体所見		頭囲：()cm 頭囲SD：() 水頭症：[なし ・ あり] 頭蓋変形：[なし ・ 舟状頭蓋 ・ 前斜頭蓋 ・ 後斜頭蓋 ・ 三角頭蓋 ・ 短頭蓋 ・ 塔状頭蓋] キアリ奇形：[なし ・ あり]											
症 状	全身	低身長 (－1.5SD以下)：[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] 嚥下障害：[なし ・ あり]											
		発達障害：[なし ・ あり ・ 不明] 注意欠如多動症：[なし ・ あり ・ 不明] 発達障害 (その他)：()					自閉スペクトラム症：[なし ・ あり ・ 不明] 限局性学習症：[なし ・ あり ・ 不明]						
		てんかん：[なし ・ あり] 発作型：()											
		頻度：[日単位 ・ 週単位 ・ 月単位 ・ 年単位]											
	筋・骨格	骨折：[なし ・ あり] 脱臼：[なし ・ あり] 合指 (趾) 症：[なし ・ あり] 手指異常：[なし ・ あり] 足趾異常：[なし ・ あり] 筋・骨格症状 (その他)：()											
呼吸器・循環器	呼吸障害：[なし ・ あり] 詳細：()												
眼	眼球突出：[なし ・ あり]												

受給者番号（		患者氏名（											
告示番号		31		神経・筋疾患（）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		2/2							
症状	耳鼻咽喉	聴力障害：[なし ・ あり]					聴力（右）：（）dB		聴力（左）：（）dB		耳管狭窄：[なし ・ あり]		
	その他	小顎症：[なし ・ あり]					眼窩間距離開大：[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													
画像検査	単純X線検査（手指・足趾）：[未実施 ・ 実施]											実施日：（）年（）月（）日（）	
	所見：（）												
	CTまたはMRI検査（頭部）：[未実施 ・ 実施]											実施日：（）年（）月（）日（）	
画像検査	所見：（）												
	CTまたはMRI検査：[未実施 ・ 実施]											実施日：（）年（）月（）日（）	
	部位：（）												
画像検査	所見：（）												
	発達・知能指数検査：[未実施 ・ 実施]											実施日：（）年（）月（）日（）	
	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]											実施時年齢：（）歳（）か月（）	
発達・知能指数検査	検査名（その他）：（）												
	DQまたはIQ値：（）												
	遺伝学的検査：[未実施 ・ 実施]											実施日：（）年（）月（）日（）	
遺伝学的検査	所見：（）												
	検査所見（その他）											検査所見（その他）：（）	
	検査所見（申請時） ※直近の状況を記載												
画像検査	単純X線検査（手指・足趾）：[未実施 ・ 実施]											実施日：（）年（）月（）日（）	
	所見：（）												
	CTまたはMRI検査（頭部）：[未実施 ・ 実施]											実施日：（）年（）月（）日（）	
画像検査	所見：（）												
	CTまたはMRI検査：[未実施 ・ 実施]											実施日：（）年（）月（）日（）	
	部位：（）												
画像検査	所見：（）												
	発達・知能指数検査：[未実施 ・ 実施]											実施日：（）年（）月（）日（）	
	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]											実施時年齢：（）歳（）か月（）	
発達・知能指数検査	検査名（その他）：（）												
	DQまたはIQ値：（）												
	遺伝学的検査：[未実施 ・ 実施]											実施日：（）年（）月（）日（）	
遺伝学的検査	所見：（）												
	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	合併症：[なし ・ あり]												
	詳細：（）												
経過（申請時） ※直近の状況を記載													
栄養管理	経管栄養（腸嚢・胃嚢含む）：[なし ・ あり]											中心静脈栄養：[なし ・ あり]	
呼吸管理	酸素療法：[なし ・ あり]											非侵襲的陽圧換気療法：[なし ・ あり]	
	気管挿管：[なし ・ あり]											人工呼吸管理：[なし ・ あり]	
手術	水頭症手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]											実施回数：（）回目	
	実施日：（）年（）月（）日（）												
	術式：（）												
	所見：（）												
	頭蓋骨手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]											実施回数：（）回目	
実施日：（）年（）月（）日（）													
術式：（）													
所見：（）													
手術	眼窩手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]											実施回数：（）回目	
	実施日：（）年（）月（）日（）												
	術式：（）												
	所見：（）												
	顔面骨手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]											実施回数：（）回目	
実施日：（）年（）月（）日（）													
術式：（）													
所見：（）													
手術	大後頭孔減圧術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]											実施回数：（）回目	
	実施日：（）年（）月（）日（）												
	術式：（）												
	所見：（）												
	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	
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													
医療機関住所													
診療科													
医師名 (印)													
小児慢性特定疾病 指定医番号（）													