

告示番号													28		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		29																		メビウス (Moebius) 症候群										受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()										
受給者番号								受診日		年						月		日																								
ふりがな										(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		肥満度				%																		
				年								月		日		年										月		日														
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 (申請時) ※直近の状況を記載																																										
身体所見		頭囲 : () cm 頭囲 SD : ()																																								
症状		筋・骨格		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]																																						
		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																																										
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 (年 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		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 : ()																																								
		遺伝子検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()																																								
		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		合併症 : [なし ・ あり] 詳細 : ()																																								
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] 薬物療法 (その他) : ()																																								
呼吸管理		酸素療法 : [なし ・ あり] 気管切開管理 : [なし ・ あり]										経鼻エアウェイ : [なし ・ あり] 人工呼吸管理 : [なし ・ あり]										非侵襲的陽圧換気療法 : [なし ・ あり]																				
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]																														
治療		治療 (その他) : ()																																								

受給者番号() 患者氏名()

報告番号	28	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										
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			(