

告示番号		91		内分泌疾患		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/2	
病名		89 プラダー・ウィリ (Prader-Willi) 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 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 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状		全身		低身長 (−2.0SD以下) : [ なし ・ あり ]									
		内分泌・代謝		性腺機能低下 : [ なし ・ あり ] 肥満 : [ なし ・ あり ]									
		筋・骨格		筋緊張低下 : [ なし ・ あり ]									
		精神・神経		過食 : [ なし ・ あり ] 行動異常 : [ なし ・ あり ] 精神運動発達遅滞 : [ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]									
		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		AST : ( ) U/L ALT : ( ) U/L 中性脂肪 (TG) : ( ) mg/dL 総コレステロール : ( ) mg/dL IGF-1 (ソマトメジンC) : ( ) ng/mL テストステロン : ( ) ng/mL ・ ng/dL エストラジオール (E <sub>2</sub> ) : ( ) pg/mL LH : ( ) mIU/mL FSH : ( ) mIU/mL HbA <sub>1c</sub> : ( ) % 血糖値 (空腹時) : ( ) mg/dL インスリン (IRI) : ( ) μU/mL 採血タイミング : [ 空腹時 ・ 食後 ]											
遺伝学的検査		染色体検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 検体採取部位 : [ 末梢血 ・ その他 ] 詳細 : ( ) 所見 (15q11-13領域) : [ 欠失 ・ 片親性ダイソミー ・ 刷り込み変異 ・ 染色体転座 ・ その他 ] 所見 (その他) : ( )											
		FISH (SNRPN領域) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )											
		メチル化試験 (SNRPN-DMR) : [ 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 : ( )											
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		補充療法 : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )											
		機能抑制療法 : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )											
		薬物療法 (その他) : ( )											
手術		手術 : [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 術式 : ( )											

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	91	内分泌疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉										2/2	
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												
	成長ホルモン治療の有無： [ なし ・ あり ] 成長ホルモン治療申請の有無（※身長－2.0SD以下または成長速度が2年以上にわたって－1.5 SD以下である場合、成長ホルモン治療初回申請可）： [ なし ・ あり ]												
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	(      )						