

告示番号 <b>33</b> 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（新規申請用） 1/2														
病名		31 ヤング・シンプソン（Young-Simpson）症候群							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) 年 月 日			体重 (測定日)		kg ( SD) 年 月 日			BMI		
												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														
身体所見		頭囲：( )cm 頭囲SD：( )												
特異的主要症状等		眼瞼裂狭小と膨らんだ頬からなる特徴的な顔貌：[ なし ・ あり ] 眼症状：眼瞼裂狭小を必須として付随する弱視・鼻涙管閉塞など：[ なし ・ あり ] 骨格異常：内反足など：[ なし ・ あり ] 内分泌学的異常：甲状腺機能低下症：[ なし ・ あり ] 外性器異常：主に男性で停留精巣及び矮小陰莖：[ なし ・ あり ]												
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)：( )												
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（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														
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		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 (その他)：( )												
		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 (その他)：( )												
		遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) KAT6B遺伝子異常：[ なし ・ あり ] 遺伝子異常 (その他)：( )												
		遺伝学的検査 (その他)：( )												
検査所見 (その他)		検査所見 (その他)：( )												

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			
	小児慢性特定疾病 指定医番号	(		)