

病名 89 プラダー・ウィリ (Prader-Willi) 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	
出生体重		g		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		%	
発病時期		年 月 頃		初診日	
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	
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	
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当		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		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		顔貌所見: 前額横径の狭小: [なし・あり] アーモンド形の眼瞼裂: [なし・あり] 狭い鼻梁: [なし・あり] 薄い上唇と下向きの口: [なし・あり]			
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): ()			
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 (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					
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 ₂): () pg/mL LH: () mIU/mL FSH: () mIU/mL HbA _{1c} : () % 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: ()				

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 ₂) : () pg/mL
	LH : () mIU/mL	FSH : () mIU/mL	
	HbA _{1c} : () %	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 : ()	

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 ()			