

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 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]			
	その他	精神運動発達遅滞: [なし・境界・軽度・中等度・重度・最重度・不明]					
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		
遺伝学的検査	LH: () mIU/mL		FSH: () mIU/mL		HbA _{1c} : () %		
	インスリン(IRI): () μU/mL		採血タイミング: [空腹時・食後]		血糖値(空腹時): () mg/dL		
	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]		
その他の所見(申請時) ※直近の状況を記載	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: ()		
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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()