

告示番号		90		内分泌疾患 () 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2		
病名	92 バルデー・ビードル (Bardet-Biedl) 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)			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(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										
症状	内分泌・代謝	性腺機能低下:[なし・あり]			肥満:[なし・あり]					
	腎・泌尿器	腎機能低下:[なし・あり]								
	筋・骨格	多指・合指症:[なし・あり]								
	精神・神経	精神運動発達遅滞:[なし・境界・軽度・中等度・重度・最重度・不明]								
	眼	網膜色素変性:[なし・あり]								
	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	内分泌・代謝	性腺機能低下:[なし・あり]			肥満:[なし・あり]					
	腎・泌尿器	腎機能低下:[なし・あり]								
	筋・骨格	多指・合指症:[なし・あり]								
	精神・神経	精神運動発達遅滞:[なし・境界・軽度・中等度・重度・最重度・不明]								
	眼	網膜色素変性:[なし・あり]								
	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							
血液検査	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	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							
血液検査	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	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): ()

栄養管理	経管栄養 (腸瘦・胃瘦含む): [なし ・ あり]
------	-----------------------------

手術	胃バイパス術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日)
	胃食道逆流術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日)
	手術 (その他): [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

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 ()		