

告示番号		87		神経・筋疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)		1/2	
病名	8 中隔視神経形成異常症 (ドモルシア (De Morsier) 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							
身体所見	小頭症(-2.0SD以下): [なし・あり] 大頭症(+2.0SD以上): [なし・あり] 頭囲:()cm 頭囲SD:()						
症状	全身	低身長(-1.5SD以下): [なし・あり] 多飲:[なし・あり] 多尿:[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] 嚥下障害:[なし・あり]					
		てんかん:[なし・あり] 発作型:() 頻度:[日単位・週単位・月単位・年単位]					
	呼吸器・循環器	呼吸障害:[なし・あり] SpO ₂ (非補助時):()% 詳細:() 呼吸障害(新生児期): [なし・あり]					
	腎・泌尿器	停留精巣:[なし・あり]					
	内分泌・代謝	症候性低血糖:[なし・あり] 小陰茎:[なし・あり] 思春期早発:[なし・あり]					
	消化器	遷延する黄疸:[なし・あり]					
	眼	視力障害:[なし・あり] 視野障害:半盲:[なし・あり] 眼振:[なし・あり] 斜視:[なし・あり] 小眼球:[なし・あり] 眼症状(その他):()					
	耳鼻咽喉	聴力障害:[なし・あり] 聴力(右):()dB 聴力(左):()dB					
	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	血清Na:()mEq/L 血清K:()mEq/L 血清Cl:()mEq/L TSH:()μU/mL free T ₃ :()pg/mL free T ₄ :()ng/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 コルチゾール:朝:()μg/dL コルチゾール:昼または夕:()μg/dL コルチゾール:寝る前:()μg/dL ACTH:()pg/mL 血漿抗利尿ホルモン:()pg/mL 血清浸透圧:()mOsm/kg・H ₂ O						
生理機能検査	脳波検査:[未実施・実施] 実施日:()年()月()日 所見:()						
感染症免疫学的検査	ウイルス検査:[未実施・実施] 実施日:()年()月()日 所見:()						
画像検査	CTまたはMRI検査(頭部): [未実施・実施] 実施日:()年()月()日 無脳回:[なし・あり] 厚脳回:[なし・あり] 多小脳回:[なし・あり] 脳室拡大:[なし・あり] 脳梁欠損:[なし・あり] 透明中隔欠損:[なし・あり] 視交叉の低形成:[なし・あり] 下垂体前葉の形成不全:[なし・あり] 下垂体柄の菲薄あるいは同定不能:[なし・あり] 下垂体後葉の形成不全:[なし・あり] 異所性後葉:[なし・あり] 異所性灰白質:[なし・あり] 裂脳症:[なし・あり] 水頭症:[なし・あり] 所見(その他):()						
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・ビナー式・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:()						

眼科学的検査	眼底検査：[未実施 ・ 実施] 視神経低形成：[なし ・ あり]
遺伝学的検査	染色体検査：[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 (その他)	検査所見 (その他)：()
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	合併奇形 (その他)：() 脊髄腫瘍：[なし ・ あり] 合併症 (その他)：()
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	抗てんかん薬：[なし ・ あり] 薬物療法 (その他)：()
栄養管理	経管栄養 (腸瘻・胃瘻含む)：[なし ・ あり] 中心静脈栄養：[なし ・ あり]
呼吸管理	酸素療法：[なし ・ あり] 非侵襲的陽圧換気療法：[なし ・ あり] 気管切開管理：[なし ・ あり] 気管挿管：[なし ・ あり] 人工呼吸管理：[なし ・ あり]
褥瘡管理	褥瘡管理：[なし ・ あり]
リハビリテーション	理学療法：[未実施 ・ 実施] リハビリテーション (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：() 所見：()
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 ()