

告示番号		86		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	9 ダンディー・ウォーカー (Dandy-Walker) 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	()		()		()		
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	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: ()											
	眼	眼症状: [なし・あり] 詳細: ()											
	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	内分泌学的検査: [未実施・実施] 所見: ()												
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] 小脳虫部低形成: [なし・あり] 第4脳室の嚢胞状拡大: [なし・あり] 後頭蓋窩拡大: [なし・あり] 脳幹低形成: [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: ()												
	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: [なし・あり] 詳細: () 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] 気管挿管：[なし ・ あり]	非侵襲的陽圧換気療法：[なし ・ あり] 人工呼吸管理：[なし ・ あり]	気管切開管理：[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	水頭症手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日：(年 月 日) 術式：() 所見：()	
	脳・頭蓋手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日：(年 月 日) 術式：() 所見：()	
	脊椎・下肢手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日：(年 月 日) 術式：() 所見：()	
	脊髄手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日：(年 月 日) 術式：() 所見：()	
	尿路変更手術：[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 ()