

告示番号	25	神経・筋疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)	1/2
-------------	-----------	---	------------

病名	18 ゴーリン (Gorlin) 症候群 (基底細胞母斑症候群)					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号			受診日	年 月 日						
ふりがな						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)				
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										
身体所見	大頭症(+2.0SD以上): [なし・あり] 頭囲:()cm 頭囲SD:()									
大項目	筋・骨格	二分肋骨 [なし・あり] 癒合肋骨 [なし・あり] 扁平肋骨 [なし・あり] 手掌または足底小陥凹 [なし・あり] 部位 () 個数 () 個								
		その他	基底細胞癌 [なし・あり] 部位 () 個数 () 個 角化嚢胞性歯原性腫瘍 [なし・あり] 部位 () 個数 () 個 大脳鎌石灰化 [なし・あり] 家族歴(一親等以内) [なし・あり]							
筋・骨格	合指症 [なし・あり] 胸郭奇形 [なし・あり] スプレングル変形 [なし・あり] トルコ鞍骨性架橋 [なし・あり] 手足の火焰透過像 [なし・あり] 椎体奇形(片椎体・癒合または延長椎体) [なし・あり] 手足のモデリング変形 [なし・あり]									
	その他		中等度から重度の眼間乖離 [なし・あり] 卵巣線維腫 [なし・左側のみ・右側のみ・両側] 口蓋裂 [なし・あり] 口唇裂 [なし・あり] 前額突出 [なし・あり] 粗野な顔貌 [なし・あり]							
			その他 発症年齢 ()歳 所見 ()							
		その他 臃芽腫 [なし・あり]								
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載										
症状	全身	低身長(-1.5SD以下): [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]								
		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]								
	腎・泌尿器	腎機能障害: [なし・あり] 詳細: ()								
	眼	視力障害: [なし・あり] 詳細: ()								
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										
生理機能検査	脳波検査: [未実施・実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()									

画像検査	単純X線検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
	CT検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
	MRI検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
	パントモグラフィー：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
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	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) PTCH1遺伝子異常：[なし ・ あり] 遺伝子異常 (その他)：()
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
生理機能検査	脳波検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
画像検査	単純X線検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
	CT検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
	MRI検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
	パントモグラフィー：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()
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	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) PTCH1遺伝子異常：[なし ・ あり] 遺伝子異常 (その他)：()
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	合併症：[なし ・ あり] 詳細：()
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 詳細：()
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	抗腫瘍薬：[なし ・ あり] 薬物療法 (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：()
	腫瘍切除術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 部位：() 術式：() 所見：()
	整形外科的手術：[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 ()