

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 (継続申請用)		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"/> 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		
	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(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 ]							
	腎・泌尿器	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 ]							
眼	腎機能障害: [ なし・あり ] 詳細: ( )								
その他	視力障害: [ なし・あり ] 詳細: ( )								
その他	症状(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	( )	
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 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：( )		
手術	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：( )		
手術	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 ( )