

病名	21 ハッチンソン・ギルフォード (Hutchinson-Gilford) 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	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										
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:() 顔貌所見: 突出した眼: [なし・あり] 小顎症: [なし・あり] □唇周囲の蒼白: [なし・あり] 大泉門閉鎖遅延: [なし・あり]									
症状	全身	著明な成長障害: [なし・あり]								
	筋・骨格	関節拘縮: [なし・あり] 部位:() 指遠位部の腫脹・下垂: [なし・あり] 外反股: [なし・あり]								
	呼吸器・循環器	虚血性心疾患: [なし・あり] 心不全: [なし・あり] 脳血管障害: [なし・あり]								
	内分泌・代謝	耐糖能異常: [なし・あり] 骨粗鬆症: [なし・あり]								
	皮膚・粘膜	皮膚の強皮症様変化: [なし・あり] 頭皮静脈の怒張: [なし・あり] 皮下脂肪の減少: [なし・あり] 皮膚のたるみ: [なし・あり] 色素沈着: [なし・あり] 脱色素斑: [なし・あり]								
	眼	視力障害: [なし・あり]								
	耳鼻咽喉	難聴: [なし・あり]								
その他	禿頭: [なし・あり] 症状(その他):()									
検査所見(申請時) ※直近の状況を記載										
画像検査	CT検査(頭部): [未実施・実施] 実施日:()年()月()日 所見:()									
	MRI検査(頭部): [未実施・実施] 実施日:()年()月()日 所見:()									
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施・実施] 実施日:()年()月()日 LMNA遺伝子異常: G608G (コドン608[GGC]>[GGT]): [なし・あり] LMNA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:() 血族結婚: [なし・あり・不明]									
経過(申請時) ※直近の状況を記載										
薬物療法	スタチン: [なし・あり] 糖尿病治療薬: [なし・あり] 高血圧治療薬: [なし・あり] 薬物療法(その他):()									

告示番号 58 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) 2/2

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]
リハビリテーション	理学療法: [未実施 ・ 実施]	水治療 (ハイドロセラピー): [未実施 ・ 実施]	
血液浄化	血液透析 (慢性透析): [未実施 ・ 実施]	導入年月: (年 月)	
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	サンスクリーン: [なし ・ あり]	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 _____ (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 (_____)