

告示番号	57	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	22 コケイン (Cockayne) 症候群				受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()	
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日						
氏名	(セイメイ) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)		
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()						
生年月日	年 月 日				性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定	
出生地	都道府県 () 市区町村 ()						
出生体重	g	出生週数	在胎 週 日				
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳 か月 日			
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	%
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							
最終受診日	(年 月 日)						
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] 体重増加不良:[なし ・ あり] 動脈硬化:[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] 表在感覚障害:[なし ・ あり] 深部感覚障害:[なし ・ あり]					
	筋・骨格	関節拘縮:[なし ・ あり] 骨変形:[なし ・ あり] 筋・骨格症状 (その他):()					
	腎・泌尿器	腎機能障害:[なし ・ あり] 詳細:()					
	内分泌・代謝	性腺機能低下:[なし ・ あり] 詳細:()					
		耐糖能異常:[なし ・ あり] 高インスリン血症:[なし ・ あり]					
	皮膚・粘膜	皮膚萎縮:[なし ・ あり] 皮膚硬化:[なし ・ あり] 潰瘍:[なし ・ あり] 日光過敏症:[なし ・ あり] 白髪:[なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他):()					
	眼	網膜色素変性:[なし ・ あり] 白内障:[なし ・ あり] 涙液減少:[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					
		嚙声:[なし ・ あり]					
その他	う歯:[なし ・ あり] 禿頭:[なし ・ あり] 早老的顔貌:[なし ・ あり] 発汗障害:[なし ・ あり] 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	神経伝導検査:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 運動神経伝導速度:[未実施 ・ 正常 ・ 遅延] 感覚神経伝導速度:[未実施 ・ 正常 ・ 遅延]						
病理検査	皮膚線維芽細胞分裂能:[未実施 ・ 正常 ・ 上昇 ・ 低下]						
画像検査	CTまたはMRI検査 (頭部): [未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 大脳萎縮:[なし ・ あり] 脳内石灰化:[なし ・ あり] 白質病変:[なし ・ あり] 小脳変性:[なし ・ あり] 所見 (その他):()						
遺伝学的検査	遺伝子検査:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) ERCC8遺伝子異常:[なし ・ あり] ERCC6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:()						

告示番号	57	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
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	糖尿病治療薬：[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]		
血液浄化	腹膜透析 (慢性透析)：[未実施 ・ 実施] 血液透析 (慢性透析)：[未実施 ・ 実施]		導入年月：(年 月) 導入年月：(年 月)		
手術	皮膚移植：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]		白内障手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]		
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				
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 ()				
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
医療機関所在地			診断年月日	年	月 日
電話番号			診療科		
			医師名		
			小児慢性特定疾病 指定医番号	()	

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日