

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)	1/2
病名	23 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 → ()
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)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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:() 顔貌所見: 突出した眼: [なし ・ あり] 小頭症: [なし ・ あり] 口唇周囲の蒼白: [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: ()					
遺伝学的検査	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	
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