

告示番号		35		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	30 脆弱X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	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	頭囲:( )cm 頭囲SD:( )												
症状	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 ] 痙攣:[ なし・あり ] 意識障害:[ なし・あり ] 麻痺:[ なし・あり・不明 ]											
		発達障害:[ なし・あり・不明 ]						自閉スペクトラム症:[ なし・あり・不明 ]					
	注意欠如多動症:[ なし・あり・不明 ]						限局性学習症:[ なし・あり・不明 ]						
	発達障害(その他):( )												
筋・骨格	骨折:[ なし・あり ] 脱臼:[ なし・あり ]												
その他	特徴的な顔貌:[ なし・あり ] 体温調節異常:[ なし・あり ] 症状(その他):( )												
検査所見(申請時) ※直近の状況を記載													
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 ] DQまたはIQ値:( ) 検査名(その他):( )												
遺伝学的検査	染色体検査:G-分染法:[ 未実施・実施 ] 実施日:( )年( )月( )日 Xq27.3の脆弱部位の検出:[ なし・あり ] 所見(その他):( )												
	FISH:[ 未実施・実施 ] 実施日:( )年( )月( )日 所見:( )												
	マイクロアレイ染色体検査:[ 未実施・実施 ] 実施日:( )年( )月( )日 所見:( )												
	遺伝子検査:[ 未実施・実施 ] 実施日:( )年( )月( )日						FMR1 遺伝子異常:[ なし・あり ] CGG 繰り返し配列の延長数( )回 遺伝子異常(その他):( )						
	遺伝学的検査(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:( )												
経過(申請時) ※直近の状況を記載													
薬物療法	抗てんかん薬:[ 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 ]						

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 ]
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	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 ( )	