

病名	<b>33 クルーゾン (Crouzon) 病</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
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(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載											
病型	頭蓋骨縫合早期癒合部位:[矢状縫合・冠状縫合・人字縫合・前頭縫合・鱗状縫合] 頭蓋骨縫合早期癒合部位(その他):( )										
身体所見	頭囲:( )cm 頭囲SD:( ) 水頭症:[なし・あり] 頭蓋変形:[なし・舟状頭蓋・前斜頭蓋・後斜頭蓋・三角頭蓋・短頭蓋・塔状頭蓋] キアリ奇形:[なし・あり]										
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] 嚥下障害:[なし・あり] 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):( )									
		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]									
		骨折:[なし・あり] 脱臼:[なし・あり] 合指(趾)症:[なし・あり] 手指異常:[なし・あり]									
	筋・骨格	足趾異常:[なし・あり] 筋・骨格症状(その他):( )									
	呼吸器・循環器	呼吸障害:[なし・あり] 詳細:( )									
	眼	眼球突出:[なし・あり]									
	耳鼻咽喉	聴力障害:[なし・あり] 聴力(右):( )dB 聴力(左):( )dB 耳管狭窄:[なし・あり]									
	その他	小顎症:[なし・あり] 眼窩間距離開大:[なし・あり] 症状(その他):( )									
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載											
病型	頭蓋骨縫合早期癒合部位:[矢状縫合・冠状縫合・人字縫合・前頭縫合・鱗状縫合] 頭蓋骨縫合早期癒合部位(その他):( )										
身体所見	頭囲:( )cm 頭囲SD:( ) 水頭症:[なし・あり] 頭蓋変形:[なし・舟状頭蓋・前斜頭蓋・後斜頭蓋・三角頭蓋・短頭蓋・塔状頭蓋] キアリ奇形:[なし・あり]										
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] 嚥下障害:[なし・あり] 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):( )									
		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]									
		骨折:[なし・あり] 脱臼:[なし・あり] 合指(趾)症:[なし・あり] 手指異常:[なし・あり]									
	筋・骨格	足趾異常:[なし・あり] 筋・骨格症状(その他):( )									
	呼吸器・循環器	呼吸障害:[なし・あり] 詳細:( )									
	眼	眼球突出:[なし・あり]									

症状	耳鼻咽喉	聴力障害: [ なし ・ あり ]	聴力 (右): ( )dB	聴力 (左): ( )dB	耳管狭窄: [ なし ・ あり ]
	その他	小顎症: [ なし ・ あり ]	眼窩間距離開大: [ なし ・ あり ]		
症状 (その他): ( )					

**検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載**

画像検査	単純X線検査 (手指・足趾): [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( )年 ( )月 ( )日	所見: ( )
	CTまたはMRI検査 (頭部): [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( )年 ( )月 ( )日	所見: ( )
	CTまたはMRI検査: [ 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 ( )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 ]	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	所見: ( )
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )		

**検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

画像検査	単純X線検査 (手指・足趾): [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( )年 ( )月 ( )日	所見: ( )
	CTまたはMRI検査 (頭部): [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( )年 ( )月 ( )日	所見: ( )
	CTまたはMRI検査: [ 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 ( )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 ]	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	所見: ( )
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**

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 ]	非侵襲的陽圧換気療法: [ なし ・ あり ]	気管切開管理: [ なし ・ あり ]
手術	水頭症手術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]	実施回数: ( )回目	実施日: ( )年 ( )月 ( )日
	術式: ( )	所見: ( )	
	頭蓋骨手術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]	実施回数: ( )回目	実施日: ( )年 ( )月 ( )日
	術式: ( )	所見: ( )	
	眼窩手術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]	実施回数: ( )回目	実施日: ( )年 ( )月 ( )日
術式: ( )	所見: ( )		
顔面骨手術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]	実施回数: ( )回目	実施日: ( )年 ( )月 ( )日	術式: ( )
	所見: ( )		
大後頭孔減圧術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]	実施回数: ( )回目	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	(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )		