

病名	34 31から33までに掲げるもののほか、重度の頭蓋骨早期癒合症 (具体的な疾病名: )	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	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	治療・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

**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 ]					
筋・骨格	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 ] 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 ]					
筋・骨格	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 ] 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 ( )		