

告示番号	33	神経・筋疾患	()	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)	1/2	
病名	35 非症候性頭蓋骨縫合早期癒合症				受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号		受診日	年	月	日		
ふりがな					(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)		
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 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]					
		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]					

告示番号 33		神経・筋疾患 ()		年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		2/2		
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)						
発達・知能指数検査	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)						
発達・知能指数検査	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]			
	気管挿管: [なし ・ あり]		人工呼吸管理: [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: ()								
手術	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: ()								
手術	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				
				小児慢性特定疾病 指定医番号 ()				