

病名	8 ベックウィズ・ヴィーデマン (Beckwith-Wiedemann) 症候群					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	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									
身体所見	頭囲 : () cm		頭囲SD : ()						
主症状	巨舌 : [なし ・ あり]		手術の必要性 : [なし ・ あり]		巨大児 : [なし ・ あり]				
	臍帯ヘルニア : [なし ・ あり]		手術の必要性 : [なし ・ あり]		腹直筋離開 : [なし ・ あり]		手術の必要性 : [なし ・ あり]		
副症状	臍ヘルニア : [なし ・ あり]		手術の必要性 : [なし ・ あり]		片側肥大 : [なし ・ あり]		手術の必要性 : [なし ・ あり]		
	胎児性腫瘍 : [なし ・ あり]		手術の必要性 : [なし ・ あり]						
筋・骨格	耳垂の線状溝・耳輪後縁の小窩 : [なし ・ あり]		手術の必要性 : [なし ・ あり]						
	新生児期の低血糖 : [なし ・ あり]		腹腔内臓器腫大 : [なし ・ あり]		腎奇形 : [なし ・ あり]				
症状	骨折 : [なし ・ あり]		脱臼 : [なし ・ あり]						
	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]		麻痺 : [なし ・ あり ・ 不明] 痙攣 : [なし ・ あり] 意識障害 : [なし ・ あり]						
その他	体温調節異常 : [なし ・ あり]		症状 (その他) : ()						
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	骨折 : [なし ・ あり]		脱臼 : [なし ・ あり]						
	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]		麻痺 : [なし ・ あり ・ 不明] 痙攣 : [なし ・ あり] 意識障害 : [なし ・ あり]						
その他	体温調節異常 : [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									
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) : ()						
遺伝学的検査	DQまたはIQ値 : ()								
	染色体検査 : [未実施 ・ 実施]		実施日 : (年 月 日)		所見 : ()				
	FISH : [未実施 ・ 実施]		実施日 : (年 月 日)		11番染色体の11p15領域を含む染色体異常 : [なし ・ あり]				
所見 (その他) : ()		マイクロアレイ染色体検査 : [未実施 ・ 実施]		実施日 : (年 月 日)		11番染色体の11p15領域を含む染色体異常 : [なし ・ あり]			
所見 (その他) : ()									

告示番号 28 染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 2/2

遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) CDKN1C 遺伝子異常：[なし ・ あり] 遺伝子異常 (その他)：()
	インプリンティング異常：[なし ・ あり] 所見：()
	遺伝学的検査 (その他)：()

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

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・ピネー式 ・ 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	染色体検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
	FISH：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 11番染色体の11p15領域を含む染色体異常：[なし ・ あり] 所見 (その他)：()
	マイクロアレイ染色体検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 11番染色体の11p15領域を含む染色体異常：[なし ・ あり] 所見 (その他)：()
	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) CDKN1C 遺伝子異常：[なし ・ あり] 遺伝子異常 (その他)：()
	インプリンティング異常：[なし ・ あり] 所見：()
	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 (腫瘍)	腫瘍の合併：[なし ・ あり] 病理診断名：() 積極的治療：治療計画：[未実施 ・ 治療予定 ・ 治療継続 ・ 治療終了] 治療終了日：(年 月 日) 治療計画 (その他)：() 治療終了者に対する計画的フォローアップレベル：[一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]
	合併症 (その他)：()

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	薬物療法：[なし ・ あり] 詳細：()
呼吸管理	酸素療法：[なし ・ あり] 経鼻エアウェイ：[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] 人工呼吸管理：[なし ・ あり]
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]
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 ()			