

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"/> 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						(変更があった場合)		
氏名 (Alphabet)						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	筋・骨格	骨折:[なし ・ あり] 脱臼:[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] 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 (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] 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	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:()							

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 (継続申請用) 2/2

呼吸管理	酸素療法：[なし ・ あり] 気管切開管理：[なし ・ あり]	経鼻エアウェイ：[なし ・ あり] 人工呼吸管理：[なし ・ あり]	非侵襲的陽圧換気療法：[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 ()