

病名	19 カムラティ・エンゲルマン (Camurati-Engelmann) 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 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(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] 痙攣:[なし・あり] 意識障害:[なし・あり]									
	耳鼻咽喉	難聴:[なし・あり]									
	その他	症状(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(頭部):[未実施・実施] 実施日:(年 月 日)										
	所見:()										
	単純X線検査(その他):[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 部位:() 所見:()										
発達・知能指数検査	CT検査(頭部):[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・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	遺伝子検査:[未実施・実施] 実施日:(年 月 日)										
	TGFβ1遺伝子異常:[なし・あり] 遺伝子異常(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	合併症:[なし・あり] 詳細:()										
経過(申請時) ※直近の状況を記載											
薬物療法	抗てんかん薬:[なし・あり]					ステロイド薬:[なし・あり]					
薬物療法(その他):()											
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]					
リハビリテーション	理学療法:[未実施・実施]					補装具の使用:[なし・あり]					

告示番号 12 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

手術	手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 術式：()
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 ()