

告示番号		8		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)		1/2		
病名	24 アントレー・ビクスラー (Antley-Bixler) 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	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: ( ) 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 ] 水頭症: [ なし ・ あり ] キアリ奇形: [ なし ・ あり ]											
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 ] 癒合部位 (その他): ( )											
症状	全身	低身長 (身長 - 1.5SD 以下): [ なし ・ あり ]										
	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): ( )										
	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 ] 嚥下障害: [ なし ・ あり ]										
	精神・神経	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 ] 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): ( )										
	呼吸器・循環器	呼吸障害: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )										
	耳鼻咽喉	耳管狭窄: [ なし ・ あり ] 聴力障害: [ なし ・ あり ] 聴力 (右): ( ) dB 聴力 (左): ( ) dB										
	その他	体温調節異常: [ なし ・ あり ] 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 (申請時) ※直近の状況を記載												
血液検査	17 $\alpha$ 水酸化酵素・17,20リアーゼ及び21水酸化酵素の複合的機能低下: ( )											
尿検査	尿中ステロイド合成異常障害: ( )											
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: ( )											
画像検査	CTまたはMRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( ) 年 月 日 )										
	部位: ( )											
	所見: ( )											
画像検査	画像検査: [ 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: ( )											

告示番号	8 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
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 )	所見: ( )
	マイクロアレイ染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	所見: ( )
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	POR遺伝子異常: [ なし ・ あり ] FGFR2遺伝子異常: [ なし ・ あり ] 遺伝子異常 (その他): ( ) 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	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	薬物療法: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )		
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 ]		
手術	頭蓋骨手術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]	実施日: ( 年 月 日 )	実施回数: ( ) 回目 術式: ( ) 所見: ( )
	眼窩手術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]	実施日: ( 年 月 日 )	実施回数: ( ) 回目 術式: ( ) 所見: ( )
	顔面骨手術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]	実施日: ( 年 月 日 )	実施回数: ( ) 回目 術式: ( ) 所見: ( )
	水頭症手術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]	実施日: ( 年 月 日 )	実施回数: ( ) 回目 術式: ( ) 所見: ( )
	大後頭孔減圧術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]	実施日: ( 年 月 日 )	実施回数: ( ) 回目 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 ( )		