

病名	33 MECP2 重複症候群					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	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	側彎:[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]								
		手・腕の常同運動:[なし・あり] 痙性麻痺(進行性):[なし・あり・不明] 睡眠障害:[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):()										
呼吸器・循環器	呼吸障害(睡眠時):[なし・あり]									
耳鼻咽喉	アデノイド肥大:[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										
血液検査	血清IgA:()mg/dL	実施日:(年 月 日)								
	血清IgG:()mg/dL	実施日:(年 月 日)								
	IgGサブクラス:IgG2:()mg/dL	実施日:(年 月 日)								
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)									
	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:()									
MLPA:[未実施・実施] 実施日:(年 月 日)										
所見:()										
遺伝子検査:[未実施・実施] 実施日:(年 月 日)										
遺伝子異常:()										
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	消化器疾患の合併:[なし・あり]									
	詳細:()									
合併症(その他):()										

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] 抗生物質:[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 (腸瘦・胃瘦含む):[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 ()			