

病名	34 武内・小崎症候群					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		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:()							
特異的主要症状等	逆三日月形の眼瞼裂や短い人中等の特徴的な顔貌:[なし ・ あり]									
症状	全身	リンパ浮腫:[なし ・ あり]				易感染性:[なし ・ あり]				
	筋・骨格	屈指症(手指):[なし ・ あり]				屈指症(足趾):[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]								
		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):()										
耳鼻咽喉	難聴:[なし ・ あり]									
その他	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	全身	リンパ浮腫:[なし ・ あり]				易感染性:[なし ・ あり]				
	筋・骨格	屈指症(手指):[なし ・ あり]				屈指症(足趾):[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]								
		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):()										
耳鼻咽喉	難聴:[なし ・ あり]									
その他	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										
血液検査	血小板数:() × 10 ⁴ /μL		実施日:(年 月 日)							
	末梢血塗抹:[未実施 ・ 実施]		実施日:(年 月 日)							
	巨大血小板:[なし ・ あり]									
画像検査	MRI検査(頭部):[未実施 ・ 実施]		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・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:()										

告示番号 **23** 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)
	CDC42遺伝子異常: [なし ・ あり]
	DNA変異: ()
	アミノ酸変異: ()
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

血液検査	白血球数: ()/μL 実施日: (年 月 日)
	リンパ球: ()% 実施日: (年 月 日)
	血小板数: () × 10 ⁴ /μL 実施日: (年 月 日)
	末梢血塗抹: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)
	巨大血小板: [なし ・ あり]
	血清IgG: ()mg/dL ・ 未実施 実施日: (年 月 日)
	血清IgA: ()mg/dL ・ 未実施 実施日: (年 月 日)
血清IgM: ()mg/dL ・ 未実施 実施日: (年 月 日)	
TSH: ()μIU/mL ・ 未実施 実施日: (年 月 日)	
free T ₃ : ()pg/mL ・ 未実施 実施日: (年 月 日)	
free T ₄ : ()ng/dL ・ 未実施 実施日: (年 月 日)	

画像検査	MRI検査 (頭部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 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: ()

遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)
	CDC42遺伝子異常: [なし ・ あり]
	DNA変異: ()
	アミノ酸変異: ()
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: ()
既往歴	アレルギー疾患: [なし ・ あり] 自己免疫疾患: [なし ・ あり] 中耳炎: [なし ・ あり] 肺炎: [なし ・ あり] 皮膚粘膜カンジダ症: [なし ・ あり] ニューモシスチス肺炎: [なし ・ あり] ウイルス感染 (水痘・EBVなど)の重症化: [なし ・ あり] 抗酸菌感染: [なし ・ あり] 既往歴 (その他): ()
治療歴	入院加療を要する感染症: [なし ・ 年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上] 抗菌薬点滴静注を要する感染症: [なし ・ 年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上] ウイルス感染症の重症化: [なし ・ 年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上] 真菌感染症の重症化: [なし ・ 年3回以上 ・ 年3回未満 ・ 年間延べ3か月以上]

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	予防投与 (抗菌薬): [なし ・ あり] 予防投与 (抗真菌薬): [なし ・ あり] 予防投与 (抗ウイルス薬): [なし ・ あり] 免疫グロブリン療法: [未実施 ・ 静注 ・ 皮下注] 用量: ()g/週 甲状腺ホルモン: [なし ・ あり]
	補充療法: [なし ・ あり] 詳細: () 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]
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 ()