

告示番号 <b>24</b> 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) <b>1/2</b>											
病名	<b>34 武内・小崎症候群</b>							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	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 ]				
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											
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 <sup>4</sup> /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 <sub>3</sub> :( )pg/mL	・未実施		実施日:( )年( )月( )日								
free T <sub>4</sub> :( )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						
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 ]										
遺伝学的検査	検査名(その他):( )										
	DQまたはIQ値:( )										
	遺伝子検査:[ 未実施・実施 ] 実施日:( )年( )月( )日										
遺伝学的検査	CDC42遺伝子異常:[ なし・あり ]										
	DNA変異:( )										
遺伝学的検査	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):( )										

告示番号 <b>24</b> 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) <b>2/2</b>	
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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )