

病名	34 武内・小崎症候群					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	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]											
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 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
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 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 ()