

病名	<b>16 ビールズ (Beals) 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	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							
症状	全身	低身長 (-2.0SD以下): [ なし ・ あり ]					
	筋・骨格	長細い手足: [ なし ・ あり ]		筋低形成: [ なし ・ あり ]		FTA (femorotibial angle): ( ) 度	
		関節拘縮: [ なし ・ あり ]		変形性関節症: [ なし ・ あり ]			
		側彎: [ なし ・ あり ]		Cobb角: ( ) 度			
	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 ]					
		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 ]			
呼吸器・循環器	呼吸困難: [ なし ・ あり ]						
耳鼻咽喉	耳介変形: [ 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							
画像検査	単純X線検査 (骨): [ 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 )		FBN2遺伝子異常: [ なし ・ あり ]		
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	心房中隔欠損: [ なし ・ あり ]		心室中隔欠損: [ なし ・ あり ]		大動脈縮窄症: [ なし ・ あり ]		
家族歴	本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細: ( ) 常染色体優性遺伝: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 常染色体劣性遺伝: [ なし ・ あり ・ 不明 ]						
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 ]		非侵襲的陽圧換気療法: [ なし ・ あり ]		人工呼吸管理: [ なし ・ あり ]		
	気管切開管理: [ なし ・ あり ]		気管挿管: [ なし ・ あり ]				
リハビリテーション	理学療法: [ 未実施 ・ 実施 ]						
手術	手術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]		実施日: ( 年 月 日 )		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			(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号	( )		