

告示番号		60		神経・筋疾患 () 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)		1/2		
病名	31 DDX3X 関連神経発達異常症					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										
身体所見	特徴的顔貌:[なし・あり] 小頭症(-2.0SD以下):[なし・あり] 頭囲:()cm 頭囲SD:()									
症状	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] 嚥下障害:[なし・あり] 痙攣:[なし・あり] 意識障害:[なし・あり]								
	筋・骨格	筋緊張低下:[なし・あり・不明] 骨折:[なし・あり] 脱臼:[なし・あり] 側彎:[なし・あり]								
	呼吸器・循環器	呼吸障害:[なし・あり] 詳細:()								
	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										
画像検査	CTまたはMRI検査(頭部):[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 脳室拡大:[なし・あり] 脳梁異常:[なし・あり] 所見(その他):()									
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] DQまたはIQ値:() 検査名(その他):()									
遺伝学的検査	染色体検査:[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) 所見(その他):()									
	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:()									
	遺伝子検査:[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) DDX3X 遺伝子異常:[なし・あり] 詳細:() 遺伝子異常(その他):()									
	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	先天性心疾患:[なし・あり] 詳細:()									
	合併奇形(その他):[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] 薬物療法（その他）：()
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]
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] 気管切開管理：[なし ・ あり] 気管挿管：[なし ・ あり] 人工呼吸管理：[なし ・ あり]
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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()