

告示番号		90		内分泌疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		92 バルデー・ビードル (Bardet-Biedl) 症候群								受付種別		<input type="checkbox"/> 新規	
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 ()				資格取得年月日 年 月 日							
氏名		(セイメイ) (姓)				以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()											
生年月日		年 月 日						性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地		都道府県 () 市区町村 ()											
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日							
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳 か月 日							
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										肥満度			%
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		治療 ・ 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													
最終受診日		(年 月 日)											
症状		内分泌・代謝		性腺機能低下: [なし ・ あり] 肥満: [なし ・ あり]									
		腎・泌尿器		腎機能低下: [なし ・ あり]									
		筋・骨格		多指・合指症: [なし ・ あり]									
		精神・神経		精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]									
		眼		網膜色素変性: [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													
症状		内分泌・代謝		性腺機能低下: [なし ・ あり] 肥満: [なし ・ あり]									
		腎・泌尿器		腎機能低下: [なし ・ あり]									
		筋・骨格		多指・合指症: [なし ・ あり]									
		精神・神経		精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]									
		眼		網膜色素変性: [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		AST: () U/L ALT: () U/L 中性脂肪 (TG): () mg/dL 総コレステロール: () mg/dL IGF-1 (ソマトメジンC): () ng/mL テストステロン: () ng/mL ・ ng/dL エストラジオール (E ₂): () pg/mL LH: () mIU/mL FSH: () mIU/mL HbA _{1c} : () % 血糖値 (空腹時): () mg/dL インスリン (IRI): () μU/mL 採血タイミング: [空腹時 ・ 食後]											
		遺伝学的検査 遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査		AST: () U/L ALT: () U/L 中性脂肪 (TG): () mg/dL 総コレステロール: () mg/dL IGF-1 (ソマトメジンC): () ng/mL テストステロン: () ng/mL ・ ng/dL エストラジオール (E ₂): () pg/mL LH: () mIU/mL FSH: () mIU/mL HbA _{1c} : () % 血糖値 (空腹時): () mg/dL インスリン (IRI): () μU/mL 採血タイミング: [空腹時 ・ 食後]											
		遺伝学的検査 遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()											
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: ()											

