

告示番号		27		神経・筋疾患		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/3			
病名		20 ゴーリン (Gorlin) 症候群 (基底細胞母斑症候群)								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)				体重 (測定日)		kg ( SD)				BMI	
				年 月 日						年 月 日				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 )													
身体所見		大頭症 (+2.0SD以上) : [ なし ・ あり ] 頭囲 : ( )cm 頭囲SD : ( )													
症状	大項目	筋・骨格		二分肋骨 [ なし ・ あり ]											
				癒合肋骨 [ なし ・ あり ]											
	扁平肋骨 [ なし ・ あり ]														
手掌または足底小陥凹 [ なし ・ あり ] 部位 ( ) 個数 ( ) 個															
その他	基底細胞癌 [ なし ・ あり ] 部位 ( ) 個数 ( ) 個														
	角化囊胞性歯源性腫瘍 [ なし ・ あり ] 部位 ( ) 個数 ( ) 個														
	大脳鎌石灰化 [ なし ・ あり ]														
	家族歴 (一親等以内) [ なし ・ あり ]														
小項目	筋・骨格	合指症 [ なし ・ あり ]													
		胸郭奇形 [ なし ・ あり ]													
		スプレングル変形 [ なし ・ あり ]													
トルコ鞍骨性架橋 [ なし ・ あり ]															
手足の火焰透過像 [ なし ・ あり ]															
椎体奇形 (片椎体、癒合または延長椎体) [ なし ・ あり ]															
手足のモデリング変形 [ なし ・ あり ]															
その他	髄芽腫 [ なし ・ あり ]		発症年齢 ( )歳 所見 ( )												
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載															
症状	全身	低身長 (−1.5SD以下) : [ 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 ]													
		てんかん : [ なし ・ あり ] 発作型 : ( ) 頻度 : [ 日単位 ・ 週単位 ・ 月単位 ・ 年単位 ]													
	腎・泌尿器	腎機能障害 : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )													
	眼	視力障害 : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )													
	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															
生理機能検査		脳波検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )													



