

告示番号		57		神経・筋疾患		平成（		）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書			
受給者番号（				新規登録 ・ 継続 ・ 転入 （ 転出地： ）							
患者		ふりがな 氏名				男 ・ 女	生年月日	平成 年 月 日 （ 満 歳 ）			
出生都道府県※1				出生体重		g		出生週数		在胎 週	
現在の身長※2		. cm		現在の体重※2		. kg		母の生年月日		昭和 平成 年 月 日	
発病		年 月 頃				初診日		年 月 日			
大分類病名		7 早老症		細分類病名		18		コケイン（Cockayne）症候群			
1.臨床所見											
現在の 症 状	該当するものに○をつけ、必要な場合には（ ）内に記載										
	小頭症 （ なし ・ あり ） 頭囲 （ ） cm 低身長 （ なし ・ あり ）										
	体重増加不良 （ なし ・ あり ）										
	特徴的な顔貌 （ なし ・ あり → 早老的顔貌 ・ 白髪 ・ 禿頭 ）										
	知的障害 （ なし ・ あり → 程度： ）										
	難聴 （ なし ・ あり → 程度： ）										
	眼病変 （ なし ・ あり → 白内障 ・ 網膜色素変性 ・ その他（ ））										
	性腺機能低下 （ なし ・ あり → 詳細： ）										
	皮膚病変 （ なし ・ あり → 萎縮 ・ 潰瘍 ・ 日光過敏症 ・ その他（ ））										
	運動障害 （ なし ・ あり → 歩行可 ・ 座位可 ・ 寝たきり ）										
	骨・関節病変 （ なし ・ あり → 変形 ・ 拘縮 ・ その他（ ））										
	感覚障害 （ なし ・ あり → 表在感覚障害 ・ 深部感覚障害 ）										
	腎障害 （ なし ・ あり → 程度： ）										
	声帯の異常 （ なし ・ あり → 詳細： ）										
	糖同化障害 （ なし ・ あり → 詳細： ）										
血管病変 （ なし ・ あり → 動脈硬化の早発 ・ その他（ ））											
外分泌異常 （ なし ・ あり → う歯 ・ 発汗障害 ・ 涙液減少 ）											
2.検査所見											
主 な 検 査 等 の 結 果	該当するものに○をつけ、必要な場合には（ ）内に記載										
	血族結婚 （ なし ・ あり ）										
	皮膚線維芽細胞分裂能の低下 （ 未実施 ・ なし ・ あり ）										
	尿中ヒアルロン酸の増加 （ 未実施 ・ なし ・ あり ）										
	末梢神経伝導速度 （ 未実施 ・ 実施 ）										
	※実施の場合 → 運動神経伝導速度の低下 （ なし ・ あり ） 感覚神経伝導速度の低下 （ なし ・ あり ）										
	頭部CT （ 未実施 ・ 実施 → 大脳萎縮 ・ 脳内石灰化 ・ その他（ ））										
	頭部MRI （ 未実施 ・ 実施 → 白質病変 ・ 小脳変性 ・ その他（ ））										
	遺伝子検査 （ 未実施 ・ 実施 → 検査年齢 （ ）歳 名称 （ ）										
	所見 （ ）										
その他の特殊検査 検査名 （ ）											
所見 （ ）											
3.その他の所見											
その他の 現在の 所見など	合併症 （ なし ・ あり → 詳細： ）										
4.経 過											
現在の 治療	該当する治療法を選択 （ 経管栄養 ・ 胃瘻栄養 ・ 中心静脈栄養 ・ 白内障手術 ・ 糖尿病治療 ・ 透析療法（腎不全） ・ 皮膚移植 ）										
過去の主 な治療・ 検査など											
5.今後の療法方針											
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校（通常学級・通級・特別支援学級） 3. 特別支援学校（小中学部・専攻科を含む高等部） 4. 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 5. 大学（短期大学を含む） 6. 就労（就学中の就労も含む） 7. 未就学かつ未就労 8. その他（ ）										
現状評価	一つに○印： 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当： しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当： しない ・ する ・ 不明										
治療見込期間	入院	年 月 日 から 年 月 日 まで									
	通院	年 月 日 から 年 月 日 まで （ 月 回 ）									
上 記 の 通 り 診 断 し ま す 。											
医療機関名 および 所在地											
平成 年 月 日 医師名 科 印											
小児慢性特定疾病指定医番号											

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入

※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入