

告示番号		28		染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群		(年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/3		
病名		21 チャージ (CHARGE) 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		頭囲:()cm 頭囲SD:()														
必発症状		耳介奇形:[なし ・ あり] 手術の必要性:[なし ・ あり] 両側性難聴:[なし ・ あり] 手術の必要性:[なし ・ あり]														
大症状		眼コロボーマ (種類を問わない):[なし ・ あり] 顔面神経麻痺または非対称な顔:[なし ・ あり] 後鼻孔閉鎖:[なし ・ あり] 手術の必要性:[なし ・ あり] 口蓋裂:[なし ・ あり] 手術の必要性:[なし ・ あり]														
小症状		先天性心疾患:[なし ・ あり] 手術の必要性:[なし ・ あり] 食道気管奇形:[なし ・ あり] 手術の必要性:[なし ・ あり] 矮小陰茎 (男子):[なし ・ あり] 手術の必要性:[なし ・ あり] 停留精巣 (男子):[なし ・ あり] 手術の必要性:[なし ・ あり] 小陰唇低形成 (女子):[なし ・ あり] 手術の必要性:[なし ・ あり]														
症状	筋・骨格	骨折:[なし ・ あり] 脱臼:[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] 麻痺:[なし ・ あり ・ 不明] 痙攣:[なし ・ あり] 意識障害:[なし ・ あり]														
	その他	体温調節異常:[なし ・ あり] 症状 (その他):()														
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載																
身体所見		頭囲:()cm 頭囲SD:()														
症状	筋・骨格	骨折:[なし ・ あり] 脱臼:[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] 麻痺:[なし ・ あり ・ 不明] 痙攣:[なし ・ あり] 意識障害:[なし ・ あり]														
	その他	体温調節異常:[なし ・ あり] 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																
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] 検査名 (その他):() DQまたはIQ値:()														
遺伝学的検査		染色体検査:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()														
		FISH:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()														

