

告示番号 <b>21</b> 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		37 シャーフ・ヤング（Schaaf-Yang）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：( )															
特異的主要症状等		新生児期の筋緊張低下：[ なし ・ あり ] 乳児期の哺乳不良：[ なし ・ あり ] 浅い鼻唇溝、大きな耳を含む特徴的顔貌：[ なし ・ あり ] 小さな手足：[ なし ・ あり ]															
症状	全身	低身長（－2.0SD以下）：[ なし ・ あり ]															
	筋・骨格	関節拘縮：[ なし ・ あり ] 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 ] 自閉スペクトラム症：[ なし ・ あり ・ 不明 ]															
	呼吸器・循環器	睡眠時無呼吸：[ なし ・ あり ] 呼吸障害（その他）：( )															
	消化器	胃食道逆流症：[ なし ・ あり ] 便秘：[ なし ・ あり ]															
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[ なし ・ あり ]															
	眼	斜視：[ なし ・ あり ] 眼症状（その他）：( )															
	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	全身	低身長（－2.0SD以下）：[ なし ・ あり ]															
	筋・骨格	関節拘縮：[ なし ・ あり ] 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 ] 自閉スペクトラム症：[ なし ・ あり ・ 不明 ]															
	呼吸器・循環器	睡眠時無呼吸：[ なし ・ あり ] 呼吸障害（その他）：( )															
	消化器	胃食道逆流症：[ なし ・ あり ] 便秘：[ なし ・ あり ]															
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[ なし ・ あり ]															
	眼	斜視：[ なし ・ あり ] 眼症状（その他）：( )															
	その他	体温調節異常：[ なし ・ あり ] 症状（その他）：( )															



医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名

医療機関所在地

電話番号

記載年月日

年

月

8

診断年月日

年

月

8

診療科

醫師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

## 行政記載欄

## 担当自治体

受理日

年

月

8

公費負担者番号

### 認定結果

[ 認定 ・ 不認定 ]

研究同意の有無

[ 有 · 無 ]

受給者番号

受給者番号 ( ) 有効期限 年 月 日

階層区分

[ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ]

保險情報

保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( )

被保險者番号 ( ) 被保險者個人單位枝番 ( )

資格取得年月日 年 月 日