

告示番号		30		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）		1/2		
病名		22 ハーラマン・ストライフ（Hallermann-Streiff）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（ー）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		特徴的顔貌（短頭、薄い口唇、小さな鼻）：[なし ・ あり] 歯牙異常：[なし ・ あり] 薄い毛髪：[なし ・ あり] 皮膚萎縮：[なし ・ あり] 両側小眼球症：[なし ・ あり]														
症状	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]														
		呼吸器・循環器	呼吸障害：[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																
身体所見		頭囲：()cm 頭囲SD：()														
症状	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]														
		呼吸器・循環器	呼吸障害：[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																
画像検査		単純X線検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()														
		CT検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()														
		MRI検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()														
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：()														
検査所見（その他）		検査所見（その他）：()														
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載																
画像検査		単純X線検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()														
		CT検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()														

