

告示番号		29		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		38 トリーチャーコリンズ（Treacher Collins）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		外耳道閉鎖:[なし ・ あり] 耳小骨異形成:[なし ・ あり] 眼瞼裂斜下:[なし ・ あり] 頬骨弓低形成／欠損:[なし ・ あり] 下眼瞼外側の部分欠損／小窩:[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] 発達障害:[なし ・ あり ・ 不明] 自閉スペクトラム症:[なし ・ あり ・ 不明] 注意欠如多動症:[なし ・ あり ・ 不明] 限局性学習障害:[なし ・ あり ・ 不明] 発達障害 (その他):()														
	呼吸器・循環器	呼吸障害:[なし ・ あり] 詳細:()														
	耳鼻咽喉	後鼻孔閉鎖／狭窄:[なし ・ あり] 伝音性難聴:[なし ・ あり]														
	消化器	摂食障害:[なし ・ あり]														
	その他	口蓋裂:[なし ・ あり] 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:()														
特異的主要症状等		外耳道閉鎖:[なし ・ あり] 耳小骨異形成:[なし ・ あり] 眼瞼裂斜下:[なし ・ あり] 頬骨弓低形成／欠損:[なし ・ あり] 下眼瞼外側の部分欠損／小窩:[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] 発達障害:[なし ・ あり ・ 不明] 自閉スペクトラム症:[なし ・ あり ・ 不明] 注意欠如多動症:[なし ・ あり ・ 不明] 限局性学習障害:[なし ・ あり ・ 不明] 発達障害 (その他):()														
	呼吸器・循環器	呼吸障害:[なし ・ あり] 詳細:()														
	耳鼻咽喉	後鼻孔閉鎖／狭窄:[なし ・ あり] 伝音性難聴:[なし ・ あり]														
	消化器	摂食障害:[なし ・ あり]														
	その他	口蓋裂:[なし ・ あり] 体温調節異常:[なし ・ あり] 症状 (その他):()														

今後の治療方針	今後の治療方針：（ ）				
	治療見込み期間（入院） 開始日：（ 年 月 日 ） 終了日：（ 年 月 日 ） 治療見込み期間（外来） 開始日：（ 年 月 日 ） 終了日：（ 年 月 日 ） 通院頻度：（ ）回／月				
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校（ 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ） ・ 特別支援学校（ 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ） ・ 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 ・ 大学（短期大学を含む） ・ 就労（就学中の就労も含む） ・ 未就学かつ未就労 ・ 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			記載年月日 年 月 日		
医療機関所在地			診断年月日 年 月 日		
電話番号			診療科		
			医師名		
			小児慢性特定疾病 指定医番号 （ ）		

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
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