

告示番号		1		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〈継続申請用〉		1/2		
病名		9 アンジェルマン (Angelman) 症候群								受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()				
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) (姓名)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)						
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		治癒 ・ 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 (申請時) ※直近の状況を記載																
最終受診日		(年 月 日)														
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 (申請時) ※直近の状況を記載																
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) 15番染色体の15q11.2-15q11.3領域の欠失:[なし ・ あり] 所見 (その他):()														
		マイクロアレイ染色体検査:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 15番染色体の15q11.2-15q11.3領域の欠失:[なし ・ あり] 所見 (その他):()														
		遺伝子検査:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) UBE3A遺伝子異常:[なし ・ あり] 遺伝子異常 (その他):()														
		片親性ダイソミー:[なし ・ あり]														
		インプリンティング異常:[なし ・ あり] 所見:()														
		遺伝学的検査 (その他):()														
検査所見 (その他)		検査所見 (その他):()														
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載																
合併症		合併症:[なし ・ あり] 詳細:()														
経過 (申請時) ※直近の状況を記載																
薬物療法		抗てんかん薬:[なし ・ あり] 薬物療法 (その他):()														

