

告示番号		36		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		30 モワット・ウィルソン (Mowat-Wilson) 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)				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) 年      月      日		体重 (測定日)		kg (      SD) 年      月      日		BMI			
										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 (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													
画像検査		MRI検査 (頭部):[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日:(      年      月      日 )      脳梁形成異常:[ なし ・ あり ] 所見 (その他):(      )											
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:(      )											
		マイクロアレイ染色体検査:[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日:(      年      月      日 ) 所見:(      )											
		遺伝子検査:[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日:(      年      月      日 )      ZEB2遺伝子異常:[ なし ・ あり ] 遺伝子異常 (その他):(      )											
		インプリンティング異常:[ なし ・ あり ] 所見:(      )											
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 (循環器)		循環器疾患の合併:[ なし ・ あり ]      ※循環器疾患の合併ありの場合には、該当する主病名に対応する慢性心疾患群の意見書も合わせて提出すること 主 病 名:(      ) 副 病 名 1:(      )      副病名 2:(      )											
合併症		合併症 (その他):(      )											
経過 (申請時) ※直近の状況を記載													
薬物療法		強心薬:[ なし ・ あり ]      利尿薬:[ なし ・ あり ]      抗不整脈薬:[ なし ・ あり ] 抗血小板薬:[ なし ・ あり ]      抗凝固薬:[ なし ・ あり ]      末梢血管拡張薬:[ なし ・ あり ] βブロッカー:[ なし ・ あり ]      抗てんかん薬:[ なし ・ あり ] 薬物療法 (その他):(      )											

