

告示番号		90		内分泌疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		92 バルデー・ビードル (Bardet-Biedl) 症候群							受付種別		<input type="checkbox"/> 新規		
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)					(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)								
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村			
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 %			
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日							
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 ()											
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 (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													
症状		内分泌・代謝		性腺機能低下: [なし ・ あり] 肥満: [なし ・ あり]									
		腎・泌尿器		腎機能低下: [なし ・ あり]									
		筋・骨格		多指・合指症: [なし ・ あり]									
		精神・神経		精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]									
		眼		網膜色素変性: [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													
症状		内分泌・代謝		性腺機能低下: [なし ・ あり] 肥満: [なし ・ あり]									
		腎・泌尿器		腎機能低下: [なし ・ あり]									
		筋・骨格		多指・合指症: [なし ・ あり]									
		精神・神経		精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]									
		眼		網膜色素変性: [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													
血液検査		AST: () U/L ALT: () U/L 中性脂肪 (TG): () mg/dL 総コレステロール: () mg/dL IGF-1 (ソマトメジンC): () ng/mL テストステロン: () ng/mL ・ ng/dL エストラジオール (E ₂): () pg/mL LH: () mIU/mL FSH: () mIU/mL HbA _{1c} : () % 血糖値 (空腹時): () mg/dL インスリン (IRI): () μU/mL 採血タイミング: [空腹時 ・ 食後]											
遺伝学的検査		遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査		AST: () U/L ALT: () U/L 中性脂肪 (TG): () mg/dL 総コレステロール: () mg/dL IGF-1 (ソマトメジンC): () ng/mL テストステロン: () ng/mL ・ ng/dL エストラジオール (E ₂): () pg/mL LH: () mIU/mL FSH: () mIU/mL HbA _{1c} : () % 血糖値 (空腹時): () mg/dL インスリン (IRI): () μU/mL 採血タイミング: [空腹時 ・ 食後]											
遺伝学的検査		遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	90	内分泌疾患	()	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2
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	補充療法：[なし ・ あり] 詳細：(
	機能抑制療法：[なし ・ あり] 詳細：(
	薬物療法（その他）：(
栄養管理	経管栄養（腸瘻・胃瘻含む）：[なし ・ あり]						
手術	胃バイパス術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 胃食道逆流術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日)						
	手術（その他）：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 術式：(
治療	治療（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						
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			
医療機関住所				診療科 医師名 (印)			
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()							