

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〈継続申請用〉		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"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )	
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 (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 (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 <sub>2</sub> ): ( ) pg/mL LH: ( ) mIU/mL FSH: ( ) mIU/mL HbA <sub>1c</sub> : ( ) % 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: ( )											
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											

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 (継続申請用)	2/2
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	(		)