

告示番号		69		神経・筋疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/3	
病名		8 中隔視神経形成異常症（ドモルシア（De Morsier）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													
身体所見		小頭症 (−2.0SD以下) : [なし ・ あり] 大頭症 (+2.0SD以上) : [なし ・ あり] 頭囲 : () cm 頭囲SD : ()											
症状	全身	低身長 (−1.5SD以下) : [なし ・ あり] 多飲 : [なし ・ あり] 多尿 : [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] 嚥下障害 : [なし ・ あり]											
		てんかん : [なし ・ あり] 発作型 : () 頻度 : [日単位 ・ 週単位 ・ 月単位 ・ 年単位]											
		呼吸障害 : [なし ・ あり] SpO ₂ (非補助時) : () % 詳細 : () 呼吸障害 (新生児期) : [なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	停留精巣 : [なし ・ あり]											
	内分泌・代謝	症候性低血糖 : [なし ・ あり] 小陰茎 : [なし ・ あり] 思春期早発 : [なし ・ あり]											
	消化器	遷延する黄疸 : [なし ・ あり]											
	眼	視力障害 : [なし ・ あり] 視野障害 : 半盲 : [なし ・ あり] 眼振 : [なし ・ あり] 斜視 : [なし ・ あり] 小眼球 : [なし ・ あり] 眼症状 (その他) : ()											
		耳鼻咽喉	聴力障害 : [なし ・ あり] 聴力 (右) : () dB 聴力 (左) : () dB										
	その他	症状 (その他) : ()											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
身体所見		小頭症 (−2.0SD以下) : [なし ・ あり] 大頭症 (+2.0SD以上) : [なし ・ あり] 頭囲 : () cm 頭囲SD : ()											
症状	全身	低身長 (−1.5SD以下) : [なし ・ あり] 多飲 : [なし ・ あり] 多尿 : [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] 嚥下障害 : [なし ・ あり]											
		てんかん : [なし ・ あり] 発作型 : () 頻度 : [日単位 ・ 週単位 ・ 月単位 ・ 年単位]											
		呼吸障害 : [なし ・ あり] SpO ₂ (非補助時) : () % 詳細 : () 呼吸障害 (新生児期) : [なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	停留精巣 : [なし ・ あり]											
	内分泌・代謝	症候性低血糖 : [なし ・ あり] 小陰茎 : [なし ・ あり] 思春期早発 : [なし ・ あり]											
	消化器	遷延する黄疸 : [なし ・ あり]											
	眼	視力障害 : [なし ・ あり] 視野障害 : 半盲 : [なし ・ あり] 眼振 : [なし ・ あり] 斜視 : [なし ・ あり] 小眼球 : [なし ・ あり] 眼症状 (その他) : ()											
		耳鼻咽喉	聴力障害 : [なし ・ あり] 聴力 (右) : () dB 聴力 (左) : () dB										
	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		血清 Na : () mEq/L 血清 K : () mEq/L 血清 Cl : () mEq/L TSH : () μIU/mL free T ₃ : () pg/mL free T ₄ : () ng/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 コルチゾール : 朝 : () μg/dL コルチゾール : 昼または夕 : () μg/dL コルチゾール : 寝る前 : () μg/dL ACTH : () pg/mL 血漿抗利尿ホルモン : () pg/mL 血清浸透圧 : () mOsm/kg ・ H ₂ O											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	69	神経・筋疾患		()	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		2/3
負荷試験	TRH分泌刺激試験：〔 未実施 ・ 実施 〕 実施日：(年 月 日) TSH基礎値：()μIU/mL TSH頂値：()μIU/mL TSH頂値 出現時間：() 分							
	GnRH (LHRH) 負荷試験：〔 未実施 ・ 実施 〕 実施日：(年 月 日) LH基礎値：()mIU/mL LH頂値：()mIU/mL FSH基礎値：()mIU/mL FSH頂値：()mIU/mL							
	成長ホルモン分泌試験①：〔 未実施 ・ 実施 〕 実施日：(年 月 日) 負荷試験名：〔 インスリン負荷試験 ・ グルカゴン負荷試験 ・ アルギニン負荷試験 ・ クロニジン負荷試験 ・ GHRP-2負荷試験 ・ L-DOPA負荷試験 〕 GH測定キット名：() GH頂値 (補正値)：()ng/mL							
	成長ホルモン分泌試験②：〔 未実施 ・ 実施 〕 実施日：(年 月 日) 負荷試験名：〔 インスリン負荷試験 ・ グルカゴン負荷試験 ・ アルギニン負荷試験 ・ クロニジン負荷試験 ・ GHRP-2負荷試験 ・ L-DOPA負荷試験 〕 GH測定キット名：() GH頂値 (補正値)：()ng/mL							
	hCG負荷試験：〔 未実施 ・ 実施 〕 実施日：(年 月 日) テストステロン基礎値：()ng/mL ・ ng/dL テストステロン頂値：()ng/mL ・ ng/dL							
	CRH負荷試験：〔 未実施 ・ 実施 〕 実施日：(年 月 日) ACTH頂値：()pg/mL コルチゾール：頂値：()μg/dL							
	インスリン負荷試験：〔 未実施 ・ 実施 〕 実施日：(年 月 日) ACTH頂値：()pg/mL コルチゾール：頂値：()μg/dL							
	水制限試験：〔 未実施 ・ 実施 〕 実施日：(年 月 日) 最大血清浸透圧：()mOsm/kg・H ₂ O 最大尿浸透圧：()mOsm/kg・H ₂ O ADH頂値：()pg/mL							
	高張食塩水負荷試験：〔 未実施 ・ 実施 〕 実施日：(年 月 日) 最大血清浸透圧：()mOsm/kg・H ₂ O 最大尿浸透圧：()mOsm/kg・H ₂ O ADH：頂値：()pg/mL							
	生理機能検査	脳波検査：〔 未実施 ・ 実施 〕 実施日：(年 月 日) 所見：()						
感染症免疫学的検査	ウイルス検査：〔 未実施 ・ 実施 〕 実施日：(年 月 日) 所見：()							
画像検査	CTまたはMRI検査 (頭部)：〔 未実施 ・ 実施 〕 実施日：(年 月 日) 無脳回：〔 なし ・ あり 〕 厚脳回：〔 なし ・ あり 〕 多小脳回：〔 なし ・ あり 〕 脳室拡大：〔 なし ・ あり 〕 脳梁欠損：〔 なし ・ あり 〕 透明中隔欠損：〔 なし ・ あり 〕 視交叉の低形成：〔 なし ・ あり 〕 下垂体前葉の形成不全：〔 なし ・ あり 〕 下垂体柄の菲薄あるいは同定不能：〔 なし ・ あり 〕 下垂体後葉の形成不全：〔 なし ・ あり 〕 異所性後葉：〔 なし ・ あり 〕 異所性灰白質：〔 なし ・ あり 〕 裂脳症：〔 なし ・ あり 〕 水頭症：〔 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：()							
眼科学的検査	眼底検査：〔 未実施 ・ 実施 〕 視神経低形成：〔 なし ・ あり 〕							
遺伝学的検査	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) 所見：()							
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()							
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載								
血液検査	血清Na：()mEq/L 血清K：()mEq/L 血清Cl：()mEq/L TSH：()μIU/mL free T ₃ ：()pg/mL free T ₄ ：()ng/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 コルチゾール：朝：()μg/dL コルチゾール：昼または夕：()μg/dL コルチゾール：寝る前：()μg/dL ACTH：()pg/mL 血漿抗利尿ホルモン：()pg/mL 血清浸透圧：()mOsm/kg・H ₂ O							
生理機能検査	脳波検査：〔 未実施 ・ 実施 〕 実施日：(年 月 日) 所見：()							
感染症免疫学的検査	ウイルス検査：〔 未実施 ・ 実施 〕 実施日：(年 月 日) 所見：()							
画像検査	CTまたはMRI検査 (頭部)：〔 未実施 ・ 実施 〕 実施日：(年 月 日) 無脳回：〔 なし ・ あり 〕 厚脳回：〔 なし ・ あり 〕 多小脳回：〔 なし ・ あり 〕 脳室拡大：〔 なし ・ あり 〕 脳梁欠損：〔 なし ・ あり 〕 透明中隔欠損：〔 なし ・ あり 〕 視交叉の低形成：〔 なし ・ あり 〕 下垂体前葉の形成不全：〔 なし ・ あり 〕 下垂体柄の菲薄あるいは同定不能：〔 なし ・ あり 〕 下垂体後葉の形成不全：〔 なし ・ あり 〕 異所性後葉：〔 なし ・ あり 〕 異所性灰白質：〔 なし ・ あり 〕 裂脳症：〔 なし ・ あり 〕 水頭症：〔 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：()							
眼科学的検査	眼底検査：〔 未実施 ・ 実施 〕 視神経低形成：〔 なし ・ あり 〕							
遺伝学的検査	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) 所見：()							
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()							

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	69	神経・筋疾患	()	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	3/3
その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載							
合併症	合併奇形（その他）：() 脊髄髄膜瘤：[なし ・ あり] 合併症（その他）：()						
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）：()						
栄養管理	経管栄養（腸瘻・胃瘻含む）：[なし ・ あり] 中心静脈栄養：[なし ・ あり]						
呼吸管理	酸素療法：[なし ・ あり] 非侵襲的陽圧換気療法：[なし ・ あり] 気管切開管理：[なし ・ あり] 気管挿管：[なし ・ あり] 人工呼吸管理：[なし ・ あり]						
褥瘡管理	褥瘡管理：[なし ・ あり]						
リハビリテーション	理学療法：[未実施 ・ 実施] リハビリテーション（その他）：()						
手術	手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 術式：() 所見：()						
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			
医療機関住所				年 月 日			
				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号 () (印)			