

告示番号		55		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〉		1/2	
病名		18 ウェルナー (Werner) 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] 体重増加不良 : [なし ・ あり] 動脈硬化 : [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]											
	筋・骨格	関節拘縮 : [なし ・ あり] 骨変形 : [なし ・ あり] 筋・骨格症状 (その他) : ()											
	腎・泌尿器	腎機能障害 : [なし ・ あり] 詳細 : ()											
	内分泌・代謝	性腺機能低下 : [なし ・ あり] 詳細 : () 耐糖能異常 : [なし ・ あり] 高インスリン血症 : [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	皮膚萎縮 : [なし ・ あり] 皮膚硬化 : [なし ・ あり] 潰瘍 : [なし ・ あり] 日光過敏症 : [なし ・ あり] 白髪 : [なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他) : ()											
	眼	白内障 : [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 嚥声 : [なし ・ あり]											
	その他	禿頭 : [なし ・ あり] 早老的顔貌 : [なし ・ あり] 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] 体重増加不良 : [なし ・ あり] 動脈硬化 : [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]											
	筋・骨格	関節拘縮 : [なし ・ あり] 骨変形 : [なし ・ あり] 筋・骨格症状 (その他) : ()											
	腎・泌尿器	腎機能障害 : [なし ・ あり] 詳細 : ()											
	内分泌・代謝	性腺機能低下 : [なし ・ あり] 詳細 : () 耐糖能異常 : [なし ・ あり] 高インスリン血症 : [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	皮膚萎縮 : [なし ・ あり] 皮膚硬化 : [なし ・ あり] 潰瘍 : [なし ・ あり] 日光過敏症 : [なし ・ あり] 白髪 : [なし ・ あり] 皮膚・粘膜症状 (その他) : ()											
	眼	白内障 : [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 嚥声 : [なし ・ あり]											
	その他	禿頭 : [なし ・ あり] 早老的顔貌 : [なし ・ あり] 症状 (その他) : ()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号

55

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〉

2/2

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

尿検査

尿中ヒアルロン酸：[未実施 ・ 正常 ・ 増加 ・ 減少]

病理検査

皮膚線維芽細胞分裂能：[未実施 ・ 正常 ・ 上昇 ・ 低下]

画像検査

CT検査（頭部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)
所見：()

MRI検査（頭部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)
所見：()

遺伝学的検査

遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) WRN遺伝子異常：[なし ・ あり]
遺伝子異常（その他）：()

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

尿検査

尿中ヒアルロン酸：[未実施 ・ 正常 ・ 増加 ・ 減少]

病理検査

皮膚線維芽細胞分裂能：[未実施 ・ 正常 ・ 上昇 ・ 低下]

画像検査

CT検査（頭部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)
所見：()

MRI検査（頭部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)
所見：()

遺伝学的検査

遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) WRN遺伝子異常：[なし ・ あり]
遺伝子異常（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：()

家族歴

本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]
詳細：()
血族結婚：[なし ・ あり ・ 不明]

経過（申請時）※直近の状況を記載

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]

血液浄化

腹膜透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月)
血液透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月)

手術

皮膚移植：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 白内障手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]

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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

(印)