

告示番号		1		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（新規申請用）		1/2									
病名		9 アンジェルマン（Angelman）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	
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		頭囲：( )cm 頭囲SD：( )																			
特異的主要症状等		容易に引き起こされる笑い：[ なし ・ あり ] 失調性歩行：[ なし ・ あり ] 下顎突出を含む特徴的な顔貌：[ なし ・ あり ] てんかん：[ なし ・ あり ]																			
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)：( )																			
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載																					
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（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																					
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：( 年 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 ) 15番染色体の15q11.2-15q11.3領域の欠失：[ なし ・ あり ] 所見 (その他)：( )																			
		マイクロアレイ染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 15番染色体の15q11.2-15q11.3領域の欠失：[ なし ・ あり ] 所見 (その他)：( )																			
		遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) UBE3A遺伝子異常：[ なし ・ あり ] 遺伝子異常 (その他)：( )																			
		片親性ダイソミー：[ なし ・ あり ]																			

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	1	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〈新規申請用〉	2/2
遺伝学的検査	インプリンティング異常：[ なし ・ あり ]					
	所見：( )					
検査所見（その他）	遺伝学的検査（その他）：( )					
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載						
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：(      年      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 )					
	15番染色体の15q11.2-15q11.3領域の欠失：[ なし ・ あり ]					
	所見（その他）：( )					
	マイクロアレイ染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：(      年      月      日 )					
	15番染色体の15q11.2-15q11.3領域の欠失：[ なし ・ あり ]					
	所見（その他）：( )					
遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：(      年      月      日 )      UBE3A遺伝子異常：[ なし ・ あり ]					
	遺伝子異常（その他）：( )					
	片親性ダイソミー：[ なし ・ あり ]					
	インプリンティング異常：[ なし ・ あり ]					
	所見：( )					
遺伝学的検査（その他）	遺伝学的検査（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：( )					
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）：( )					
呼吸管理	酸素療法：[ なし ・ あり ]		経鼻エアウェイ：[ 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 ]		人工呼吸管理：[ なし ・ あり ]			
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 ]			
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		(      )		

上記の通り診断します。

医療機関名  
医療機関住所

記載年月日                      年                      月                      日

診療科  
医師名 (印)  
〒 市 区 町 丁目 番 号 ( )