

告示番号													28		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		29																		メビウス（Moebius）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										(変更があった場合)																																
氏名										ふりがな																																
(Alphabet)										(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)				年		月		日		体重 (測定日)		kg (SD)				年		月		日		BMI														
																												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				頭囲：()cm 頭囲SD：()																																						
特異的主要症状等				先天性・非進行性顔面神経麻痺：[なし ・ あり] 先天性・非進行性外転神経麻痺 (片側性も含む)：[なし ・ あり] 除外項目：他の神経筋疾患を原因としない：[いいえ ・ はい] 補助項目：呼吸障害、哺乳障害、嚥下障害、舌低形成、舌線維束性攣縮、難聴、内反尖足、中枢神経系画像診断 (脳幹の低形成／萎縮を含む形態異常、脳幹石灰化、小脳低形成、第6・第7脳神経の欠損又は低形成)：[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) 所見：()																																						
				マイクロアレイ染色体検査：[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：()																																						
				遺伝学的検査 (その他)：()																																						

受給者番号() 患者氏名()

告示番号		28		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	
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									
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)									
		所見 : ()									
		マイクロアレイ染色体検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)									
その他の検査 (その他)		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) : ()									
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 ()									