

告示番号													26		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〈継続申請用〉										1/2	
病名		8																		ベックウィズ・ヴィーデマン (Beckwith-Wiedemann) 症候群										受付種別		<div><input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名</div> <div><input type="checkbox"/> 転入 → ()</div>										
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)						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																																										
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 (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) 11 番染色体の 11p15 領域を含む染色体異常 : [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) 11 番染色体の 11p15 領域を含む染色体異常 : [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) CDKN1C 遺伝子異常 : [なし ・ あり] 遺伝子異常 (その他) : ()																																						
				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) : ()																																						
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 (腫瘍)				腫瘍の合併 : [なし ・ あり] 病理診断名 : () 積極的治療 : 治療計画 : [未実施 ・ 治療予定 ・ 治療継続 ・ 治療終了] 治療終了日 : (年 月 日) 治療計画 (その他) : () 治療終了者に対する計画的フォローアップレベル : [一般健康管理群 ・ 経過観察群 ・ 標準的フォローアップ群 ・ 強化フォローアップ群 ・ 要介入群]																																						
合併症				合併症 (その他) : ()																																						
経過 (申請時) ※直近の状況を記載																																										
薬物療法				薬物療法 : [なし ・ あり] 詳細 : ()																																						

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	26	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〈継続申請用〉	2/2
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 ()				