

告示番号		70		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		9 ダンディー・ウォーカー (Dandy-Walker) 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) 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		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	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]											
	呼吸器・循環器	呼吸障害 : [なし ・ あり] SpO ₂ (非補助時) : () % 詳細 : ()											
	眼	眼症状 : [なし ・ あり] 詳細 : ()											
	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	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]											
	呼吸器・循環器	呼吸障害 : [なし ・ あり] SpO ₂ (非補助時) : () % 詳細 : ()											
	眼	眼症状 : [なし ・ あり] 詳細 : ()											
	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		内分泌学的検査 : [未実施 ・ 実施] 所見 : ()											
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] 小脳虫部低形成 : [なし ・ あり] 第4脳室の嚢胞状拡大 : [なし ・ あり] 後頭蓋窩拡大 : [なし ・ あり] 脳幹低形成 : [なし ・ あり] 所見 (その他) : ()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号

70

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

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：()
	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 内分泌学的検査：[未実施 ・ 実施] 所見：(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] 小脳虫部低形成：[なし ・ あり] 第4脳室の嚢胞状拡大：[なし ・ あり] 後頭蓋窩拡大：[なし ・ あり] 脳幹低形成：[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：()
	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)：(その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載
合併症	合併奇形：[なし ・ あり] 詳細：(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 水頭症手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 術式：(所見：(脳・頭蓋手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 術式：(所見：(脊椎・下肢手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 術式：(所見：(脊髄手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 術式：(所見：(尿路変更手術：[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 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 ()