

告示番号		57		神経・筋疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/2	
病名		20 ハッチンソン・ギルフォード (Hutchinson-Gilford) 症候群								受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()	
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 (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 : () 顔貌所見 : 突出した眼 : [なし ・ あり] 小顎症 : [なし ・ あり] □唇周囲の蒼白 : [なし ・ あり] 大泉門閉鎖遅延 : [なし ・ あり]											
症状	全身	著明な成長障害 : [なし ・ あり]											
	筋・骨格	関節拘縮 : [なし ・ あり] 部位 : () 指遠位部の腫脹・下垂 : [なし ・ あり] 外反股 : [なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	虚血性心疾患 : [なし ・ あり] 心不全 : [なし ・ あり] 脳血管障害 : [なし ・ あり]											
	内分泌・代謝	耐糖能異常 : [なし ・ あり] 骨粗鬆症 : [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	皮膚の強皮症様変化 : [なし ・ あり] 頭皮静脈の怒張 : [なし ・ あり] 皮下脂肪の減少 : [なし ・ あり] 皮膚のたるみ : [なし ・ あり] 色素沈着 : [なし ・ あり] 脱色素斑 : [なし ・ あり]											
	眼	視力障害 : [なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	難聴 : [なし ・ あり]											
	その他	禿頭 : [なし ・ あり] 症状 (その他) : ()											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
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) LMNA遺伝子異常 : G608G (コドン608[GGC]>[GGT]) : [なし ・ あり] LMNA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													
薬物療法		スタチン : [なし ・ あり] 糖尿病治療薬 : [なし ・ あり] 高血圧治療薬 : [なし ・ あり] 薬物療法 (その他) : ()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	57	神経・筋疾患	()	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉	2/2
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] 気管挿管：[なし ・ あり]					非侵襲的陽圧換気療法：[なし ・ あり] 人工呼吸管理：[なし ・ あり] 気管切開管理：[なし ・ あり]
リハビリテーション	理学療法：[未実施 ・ 実施]					水治療（ハイドロセラピー）：[未実施 ・ 実施]
血液浄化	血液透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施]					導入年月：(年 月)
手術	手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 術式：() 所見：()					実施日：(年 月 日) () ()
治療	サンスクリーン：[なし ・ あり] 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)			