

告示番号		24		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		15 ゴーリン (Gorlin) 症候群 (基底細胞母斑症候群)								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													
症状		全身		低身長 ( -1.5SD以下 ) : [ 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 ]									
				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 ]									
		腎・泌尿器		腎機能障害 : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )									
		眼		視力障害 : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )									
		その他		症状 ( その他 ) : ( )									
検査所見 ( 申請時 ) ※直近の状況を記載													
生理機能検査		脳波検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )											
画像検査		単純X線検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( ) 所見 : ( )											
		CT 検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( ) 所見 : ( )											
		MRI 検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( ) 所見 : ( )											
		パントモグラフィー : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 部位 : ( ) 所見 : ( )											
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		遺伝子検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) PTCH1遺伝子異常 : [ なし ・ あり ] 遺伝子異常 ( その他 ) : ( )											
検査所見 ( その他 )		検査所見 ( その他 ) : ( )											

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	24	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
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：( )						
経過（申請時） ※直近の状況を記載							
薬物療法	抗腫瘍薬：[ なし ・ あり ] 薬物療法（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：( )						
	腫瘍切除術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]      実施日：(      年      月      日 )						
	部位：( )						
	術式：( )						
所見：( )							
手術	整形外科的手術：[ 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			
				小児慢性特定疾病 指定医番号 (      ) (印)			