

告示番号		69		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		8 中隔視神経形成異常症（ドモルシア（De Morsier）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				(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 : ()											
症状	全身	低身長 (−1.5SD以下) : [なし ・ あり] 多飲 : [なし ・ あり] 多尿 : [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] 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 : () 呼吸障害 (新生児期) : [なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	停留精巣 : [なし ・ あり]											
	内分泌・代謝	症候性低血糖 : [なし ・ あり] 小陰茎 : [なし ・ あり] 思春期早発 : [なし ・ あり]											
	消化器	遷延する黄疸 : [なし ・ あり]											
	眼	視力障害 : [なし ・ あり] 視野障害 : 半盲 : [なし ・ あり] 眼振 : [なし ・ あり] 斜視 : [なし ・ あり] 小眼球 : [なし ・ あり] 眼症状 (その他) : ()											
		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 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査		血清Na : () mEq/L 血清K : () mEq/L 血清Cl : () mEq/L TSH : () μIU/mL free T ₃ : () pg/mL free T ₄ : () ng/dL IGF-1 (ノマトメジンC) : () ng/mL テストステロン : () ng/mL ・ ng/dL エストラジオール (E ₂) : () pg/mL コルチゾール : 朝 : () μg/dL コルチゾール : 昼または夕 : () μg/dL コルチゾール : 寝る前 : () μg/dL ACTH : () pg/mL 血漿抗利尿ホルモン : () pg/mL 血清浸透圧 : () mOsm/kg ・ H ₂ O											
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] 透明中隔欠損 : [なし ・ あり] 視交叉の低形成 : [なし ・ あり] 下垂体前葉の形成不全 : [なし ・ あり] 下垂体柄の菲薄あるいは同定不能 : [なし ・ あり] 下垂体後葉の形成不全 : [なし ・ あり] 異所性後葉 : [なし ・ あり] 異所性灰白質 : [なし ・ あり] 裂脳症 : [なし ・ あり] 水頭症 : [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 : ()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	69	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
眼科学的検査	眼底検査：[未実施 ・ 実施] 視神経低形成：[なし ・ あり]				
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（その他）：()				
	脊髄髄膜瘤：[なし ・ あり] 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	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 医療機関住所			記載年月日 年 月 日		
			診療科 医師名 (印)		
			小児慢性特定疾病 指定医番号 ()		