

告示番号		23		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（新規申請用）		1/2									
病名		22 ハーラマン・ストライフ（Hallermann-Streiff）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						(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		肥満度				%			
				年		月				日		年										月	
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		頭囲：()cm 頭囲SD：()																					
特異的主要症状等		特徴的顔貌（短頭、薄い口唇、小さな鼻）：[なし ・ あり] 歯牙異常：[なし ・ あり] 薄い毛髪：[なし ・ あり] 皮膚萎縮：[なし ・ あり] 両側小眼球症：[なし ・ あり]																					
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]																					
	呼吸器・循環器	呼吸障害：[なし ・ あり]																					
	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		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] 呼吸障害：[なし ・ あり]																					
	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																						
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：()																					
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：()																					
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																							
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：()																					

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	23	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〈新規申請用〉				2/2
画像検査	MRI 検査：[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：(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：()									
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：()									
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：()									
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]									
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 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 ()										