

告示番号		30		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		31 ヤング・シンプソン（Young-Simpson）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		眼瞼裂狭小と膨らんだ頬からなる特徴的な顔貌：[なし ・ あり] 眼症状：眼瞼裂狭小を必須として付随する弱視・鼻涙管閉塞など：[なし ・ あり] 骨格異常：内反足など：[なし ・ あり] 内分泌学的異常：甲状腺機能低下症：[なし ・ あり] 外性器異常：主に男性で停留精巣及び矮小陰茎：[なし ・ あり]																					
症状	筋・骨格	骨折：[なし ・ あり] 脱臼：[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] 麻痺：[なし ・ あり ・ 不明] 痙攣：[なし ・ あり] 意識障害：[なし ・ あり]																					
	その他	体温調節異常：[なし ・ あり] 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	筋・骨格	骨折：[なし ・ あり] 脱臼：[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] 麻痺：[なし ・ あり ・ 不明] 痙攣：[なし ・ あり] 意識障害：[なし ・ あり]																					
	その他	体温調節異常：[なし ・ あり] 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																							
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：()																					
遺伝学的検査		染色体検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()																					
		FISH：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見 (その他)：()																					
		マイクロアレイ染色体検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見 (その他)：()																					
		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) KAT6B遺伝子異常：[なし ・ あり] 遺伝子異常 (その他)：()																					
		遺伝学的検査 (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()

[illegible]