

告示番号		25		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〈継続申請用〉		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"/> 継続 転出実施主体名					
受給者番号						受診日		年 月 日				<input type="checkbox"/> 転入 → ()					
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		治療 ・ 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		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 (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： ()															
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： (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： ()															
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															

受給者番号() 患者氏名()

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	()