

告示番号		91		内分泌疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/2	
病名		89 プラダー・ウィリ (Prader-Willi) 症候群							受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 転入 → ()		
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日											
氏名		(セイメイ) (姓)				以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()											
生年月日		年 月 日							性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地		都道府県 () 市区町村 ()											
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日							
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳 か月 日							
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	%
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													
最終受診日		(年 月 日)											
症状	全身	低身長 (−2.0SD以下): [なし ・ あり]											
		性腺機能低下: [なし ・ あり] 肥満: [なし ・ あり]											
		筋・骨格 筋緊張低下: [なし ・ あり]											
		精神・神経 過食: [なし ・ あり] 行動異常: [なし ・ あり] 精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]											
		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		AST: ()U/L ALT: ()U/L 中性脂肪 (TG): ()mg/dL 総コレステロール: ()mg/dL IGF-1 (ソマトメジン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 LH: ()mIU/mL FSH: ()mIU/mL HbA _{1c} : ()% 血糖値 (空腹時): ()mg/dL インスリン (IRI): ()μU/mL 採血タイミング: [空腹時 ・ 食後]											
遺伝学的検査		染色体検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 検体採取部位: [末梢血 ・ その他] 詳細: () 所見 (15q11-13領域): [欠失 ・ 片親性ダイソミー ・ 刷り込み変異 ・ 染色体転座 ・ その他] 所見 (その他): ()											
		FISH (SNRPN領域): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()											
		メチル化試験 (SNRPN-DMR): [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: ()											
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		補充療法: [なし ・ あり] 詳細: ()											
		機能抑制療法: [なし ・ あり] 詳細: ()											
		薬物療法 (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: ()											

