

告示番号		27		神経・筋疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/3		
病名		20 ゴーリン (Gorlin) 症候群 (基底細胞母斑症候群)								受付種別		☐ 新規		
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 (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														
最終受診日		(年 月 日)												
身体所見		大頭症 (+2.0SD以上) : [なし ・ あり] 頭囲 : ()cm 頭囲SD : ()												
症状	大項目	筋・骨格		二分肋骨 [なし ・ あり] 癒合肋骨 [なし ・ あり] 扁平肋骨 [なし ・ あり] 手掌または足底小陥凹 [なし ・ あり] 部位 () 個数 () 個										
				その他		基底細胞癌 [なし ・ あり] 部位 () 個数 () 個 角化囊胞性歯源性腫瘍 [なし ・ あり] 部位 () 個数 () 個 大脳鎌石灰化 [なし ・ あり] 家族歴 (一親等以内) [なし ・ あり]								
	小項目	筋・骨格				合指症 [なし ・ あり] 胸郭奇形 [なし ・ あり] スプレングル変形 [なし ・ あり] トルコ鞍骨性架橋 [なし ・ あり] 手足の火焰透過像 [なし ・ あり] 椎体奇形 (片椎体、癒合または延長椎体) [なし ・ あり] 手足のモデリング変形 [なし ・ あり]						その他		中等度から重度の眼間乖離 [なし ・ あり] 卵巣線維腫 [なし ・ 左側のみ ・ 右側のみ ・ 両側] 口蓋裂 [なし ・ あり] 口唇裂 [なし ・ あり] 前額突出 [なし ・ あり] 粗野な顔貌 [なし ・ あり]
その他				髄芽腫 [なし ・ あり] 発症年齢 ()歳 所見 ()										
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載														
症状	全身	低身長 (−1.5SD以下) : [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] 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]												
		腎・泌尿器												
	腎機能障害 : [なし ・ あり] 詳細 : ()													
	眼	視力障害 : [なし ・ あり] 詳細 : ()												
	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														
生理機能検査		脳波検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()												

