

告示番号		1		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）		1/3		
病名		9 アンジェルマン（Angelman）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（ー）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		頭囲：()cm 頭囲SD：()														
特異的主要症状等		容易に引き起こされる笑い：[なし・あり] 失調性歩行：[なし・あり] 下顎突出を含む特徴的な顔貌：[なし・あり] てんかん：[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：(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：()														
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) 15番染色体の15q11.2-15q11.3領域の欠失：[なし・あり] 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) 15番染色体の15q11.2-15q11.3領域の欠失：[なし・あり] 所見（その他）：()														
		遺伝子検査：[未実施・実施] 実施日：(年 月 日) UBE3A遺伝子異常：[なし・あり] 遺伝子異常（その他）：()														
		片親性ダイソミー：[なし・あり]														

