

|                       |               |                                                                                                                                                                                          |           |                                            |      |                             |                                                           |                                                                                           |                      |                |          |                                          |                 |               |         |         |   |  |  |
|-----------------------|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------|------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------|----------|------------------------------------------|-----------------|---------------|---------|---------|---|--|--|
| 病名                    | 12 18トリソミー症候群 |                                                                                                                                                                                          |           |                                            |      |                             | 受付種別                                                      | <div><input type="checkbox"/> 継続      転出実施主体名<br/><input type="checkbox"/> 転入 → （ ）</div> |                      |                |          |                                          |                 |               |         |         |   |  |  |
| 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（ ）<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                 |           |                                            |      |                             |                                                           |                                                                                           |                      |                |          |                                          |                 |               |         |         |   |  |  |
| 氏名                    |               | (セイメイ)<br>(姓名)                                                                                                                                                                           |           |                                            |      |                             | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合)                                      |                                                                                           |                      | (セイメイ)<br>(姓名) |          |                                          |                 |               |         |         |   |  |  |
| 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<br>(測定日)                                                                                                                                                                              | cm ( SD ) |                                            |      |                             |                                                           | 体重<br>(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 )                                                                                                                                                                                |           |                                            |      |                             |                                                           |                                                                                           |                      |                |          |                                          |                 |               |         |         |   |  |  |
| 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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>症状（その他）：( )                                                                                                                                                        |           |                                            |      |                             |                                                           |                                                                                           |                      |                |          |                                          |                 |               |         |         |   |  |  |
| 検査所見（申請時） ※直近の状況を記載   |               |                                                                                                                                                                                          |           |                                            |      |                             |                                                           |                                                                                           |                      |                |          |                                          |                 |               |         |         |   |  |  |
| 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 )<br>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 ]<br>検査名（その他）：( )<br>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 )<br>18番染色体トリソミー：[ なし ・ あり ・ モザイク型 ]<br>所見（その他）：( )                                                                                                       |           |                                            |      |                             |                                                           |                                                                                           |                      |                |          |                                          |                 |               |         |         |   |  |  |
|                       |               | FISH：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                |           |                                            |      |                             |                                                           |                                                                                           |                      |                |          |                                          |                 |               |         |         |   |  |  |
|                       |               | マイクロアレイ染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                        |           |                                            |      |                             |                                                           |                                                                                           |                      |                |          |                                          |                 |               |         |         |   |  |  |
|                       |               | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                               |           |                                            |      |                             |                                                           |                                                                                           |                      |                |          |                                          |                 |               |         |         |   |  |  |
|                       |               | 遺伝学的検査（その他）：( )                                                                                                                                                                          |           |                                            |      |                             |                                                           |                                                                                           |                      |                |          |                                          |                 |               |         |         |   |  |  |
| 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（循環器）              |               | 循環器疾患の合併：[ なし ・ あり ] ※循環器疾患の合併ありの場合には、該当する主病名に対応する慢性心疾患群の意見書も合わせて提出すること<br>主病名：( )<br>副病名1：( ) 副病名2：( )                                                                                  |           |                                            |      |                             |                                                           |                                                                                           |                      |                |          |                                          |                 |               |         |         |   |  |  |
| 合併症                   |               | 合併症（その他）：( )                                                                                                                                                                             |           |                                            |      |                             |                                                           |                                                                                           |                      |                |          |                                          |                 |               |         |         |   |  |  |
| 経過（申請時） ※直近の状況を記載     |               |                                                                                                                                                                                          |           |                                            |      |                             |                                                           |                                                                                           |                      |                |          |                                          |                 |               |         |         |   |  |  |
| 薬物療法                  |               | 強心薬：[ なし ・ あり ]<br>抗血小板薬：[ なし ・ あり ]<br>βブロッカー：[ なし ・ あり ]<br>薬物療法（その他）：( )                                                                                                              |           |                                            |      |                             | 利尿薬：[ なし ・ あり ]<br>抗凝固薬：[ なし ・ あり ]<br>抗てんかん薬：[ なし ・ あり ] |                                                                                           |                      |                |          | 抗不整脈薬：[ なし ・ あり ]<br>末梢血管拡張薬：[ なし ・ あり ] |                 |               |         |         |   |  |  |
| 呼吸管理                  |               | 酸素療法：[ なし ・ あり ]<br>気管切開管理：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                   |           |                                            |      |                             | 経鼻エアウェイ：[ なし ・ あり ]<br>人工呼吸管理：[ なし ・ あり ]                 |                                                                                           |                      |                |          | 非侵襲的陽圧換気療法：[ なし ・ あり ]                   |                 |               |         |         |   |  |  |

