

告示番号 30 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		☐ 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) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (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 (測定日)		cm (SD) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI	
										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		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]									
		呼吸器・循環器 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: ()									
		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 (腸嚢・胃嚢含む): [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): ()									

