

病名	1 フェニルケトン尿症 (高フェニルアラニン血症)					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()		
受給者番号		受診日	年	月	日				
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)			
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳	か月	日	性別 男・女・性別未決定	
出生体重	g	出生週数	在胎	週	日	出生時に住民登録をした所	()	都道府県 () 市区町村	
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	%	
発病時期	年	月	頃	初診日	年	月	日		
就学・就労状況	就学前・小中学校(通常学級・通級・特別支援学級)・特別支援学校(小中学部・専攻科を含む高等部)・高等学校(専攻科を含む)・ 高等専門学校・専門学校/専修学校など・大学(短期大学を含む)・就労(就学中の就労も含む)・未就学かつ未就労・ その他()								
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									
病型	病型(フェニルケトン尿症): [フェニルアラニン水酸化酵素(PAH)欠損症・BH4欠損症・BH4反応性高フェニルアラニン血症]								
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]							
	精神運動機能の退行: [なし・あり] 精神症状: [なし・あり]								
	発達障害		発達障害: [なし・あり・不明]		自閉スペクトラム症: [なし・あり・不明]				
注意欠如多動症		注意欠如多動症: [なし・あり・不明]		限局性学習症: [なし・あり・不明]					
発達障害(その他)		()							
皮膚・粘膜	色白や赤毛などの色素欠乏: [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									
アミノ酸分析(血漿)	フェニルアラニン: 最近1年間の最高値: () mg/dL ・ μmol/L (nmol/mL)								
画像検査	MRI検査(頭部): [未実施・実施]		実施日: () 年 月 日						
	脳萎縮: [なし・あり]		白質病変: [なし・あり]						
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 月				
	検査名: [田中・ピネー式・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	遺伝子検査: [未実施・実施]		実施日: () 年 月 日		PAH遺伝子異常: [なし・あり]				
	遺伝子異常(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	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	天然型BH4製剤サプロプロテリン塩酸塩: [なし・あり] L-Dopa: [なし・あり] 5-HTP: [なし・あり] 葉酸: [なし・あり] 薬物療法(その他): ()								
栄養管理	治療用特殊ミルク: フェニルアラニン除去ミルク配合散: [未実施・実施] 低フェニルアラニンペプチド粉末(MP-11): [未実施・実施] フェニルアラニン無添加総合アミノ酸粉末(A-1): [未実施・実施]								
	自然タンパク制限: [未実施・実施]		栄養管理(その他): ()						
治療	治療(その他): ()								

今後の治療方針	今後の治療方針： ()								
	治療見込み期間 (入院)	開始日：(年	月	日)	終了日：(年	月	日)
	治療見込み期間 (外来)	開始日：(年	月	日)	終了日：(年	月	日)
医療機関・医師署名									
上記の通り診断します。									
医療機関名					記載年月日	年	月	日	
医療機関住所					診療科				
					医師名	(印)			
					小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			