

告示番号		17		先天性代謝異常 ( ) 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)		1/2	
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		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: [ 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: [ 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 ]				
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				
					小児慢性特定疾病 指定医番号 (	)			