

<b>告示番号</b>	<b>9</b>	<b>先天性代謝異常</b>	<b>( )</b>	<b>年度</b>	<b>小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉</b>	<b>1/2</b>
-------------	----------	----------------	------------	-----------	------------------------------	------------

病名	<b>3 高チロシン血症 2型</b>					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規								
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 (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															
症状	全身	低身長 (-2.0SD以下): [ なし ・ あり ]													
	内分泌・代謝	低血糖: [ なし ・ あり ]													
	筋・骨格	病的骨折: [ なし ・ あり ]			骨変形: [ なし ・ あり ]			関節拘縮: [ なし ・ あり ]							
		筋緊張低下: [ なし ・ あり ]			筋萎縮: [ なし ・ あり ]			筋力低下: [ なし ・ あり ]							
	筋緊張亢進: [ なし ・ あり ]		性質: [ 痙縮 ・ 固縮 ]												
	消化器	肝腫大: [ なし ・ あり ]		脾腫大: [ 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 ]													
		精神運動機能の退行: [ なし ・ あり ] 精神症状: [ なし ・ あり ] 意識障害: [ なし ・ あり ]													
		痙攣: [ なし ・ あり ] 小脳性運動失調: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 不随意運動: [ なし ・ あり ・ 不明 ]													
	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	手掌の過剰角化・びらん: [ なし ・ あり ]			足底の過剰角化・びらん: [ なし ・ あり ]										
眼	緑内障: [ なし ・ あり ]		白内障: [ なし ・ あり ]		視力低下: [ なし ・ あり ]										
	視野障害: [ なし ・ あり ]		視神経萎縮: [ なし ・ あり ]		角膜びらん・潰瘍: [ なし ・ あり ]										
	眼球運動障害: 水平性: [ なし ・ あり ]		垂直性: [ なし ・ あり ]												
耳鼻咽喉	聴力障害: [ なし ・ あり ]		聴力 (右): ( )dB		聴力 (左): ( )dB										
その他	症状 (その他): ( )														
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載															
症状	全身	低身長 (-2.0SD以下): [ なし ・ あり ]													
	内分泌・代謝	低血糖: [ なし ・ あり ]													
	筋・骨格	病的骨折: [ なし ・ あり ]			骨変形: [ なし ・ あり ]			関節拘縮: [ なし ・ あり ]							
		筋緊張低下: [ なし ・ あり ]			筋萎縮: [ なし ・ あり ]			筋力低下: [ なし ・ あり ]							
	筋緊張亢進: [ なし ・ あり ]		性質: [ 痙縮 ・ 固縮 ]												
	消化器	肝腫大: [ なし ・ あり ]		脾腫大: [ 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 ]													
		精神運動機能の退行: [ なし ・ あり ] 精神症状: [ なし ・ あり ] 意識障害: [ なし ・ あり ]													
		痙攣: [ なし ・ あり ] 小脳性運動失調: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 不随意運動: [ なし ・ あり ・ 不明 ]													
	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	手掌の過剰角化・びらん: [ なし ・ あり ]			足底の過剰角化・びらん: [ なし ・ あり ]										
眼	緑内障: [ なし ・ あり ]		白内障: [ なし ・ あり ]		視力低下: [ なし ・ あり ]										
	視野障害: [ なし ・ あり ]		視神経萎縮: [ なし ・ あり ]		角膜びらん・潰瘍: [ なし ・ あり ]										
	眼球運動障害: 水平性: [ なし ・ あり ]		垂直性: [ なし ・ あり ]												
耳鼻咽喉	聴力障害: [ なし ・ あり ]		聴力 (右): ( )dB		聴力 (左): ( )dB										
その他	症状 (その他): ( )														

告示番号 **9** 先天性代謝異常 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

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	
有機酸分析 (尿)	4-ヒドロキシフェニルピルビン酸の排泄増加: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 4-ヒドロキシフェニル乳酸の排泄増加: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 4-ヒドロキシフェニル酢酸の排泄増加: [ なし ・ あり ・ 不明 ]
アミノ酸分析	血漿 チロシン: これまでの最高値: ( )mg/dL ・ μmol/L (nmol/mL)
	尿 チロシンの排泄増加: [ なし ・ あり ・ 不明 ]
酵素活性測定	酵素活性測定: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 酵素名: ( ) 検体採取部位: ( ) 測定値: ( ) 基準値: ( )
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
有機酸分析 (尿)	4-ヒドロキシフェニルピルビン酸の排泄増加: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 4-ヒドロキシフェニル乳酸の排泄増加: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 4-ヒドロキシフェニル酢酸の排泄増加: [ なし ・ あり ・ 不明 ]
アミノ酸分析	血漿 チロシン: 最近1年間の最高値: ( )mg/dL ・ μmol/L (nmol/mL)
	尿 チロシンの排泄増加: [ なし ・ あり ・ 不明 ]
酵素活性測定	酵素活性測定: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 酵素名: ( ) 検体採取部位: ( ) 測定値: ( ) 基準値: ( )
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	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
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: ( )
栄養管理	治療用特殊ミルク: フェニルアラニン・チロシン除去粉乳 (S-1): [ 未実施 ・ 実施 ]
	自然タンパク制限: [ 未実施 ・ 実施 ]
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 ) 通院頻度: ( )回/月
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 ( )