

病名	3 高チロシン血症 2 型					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]									
皮膚・粘膜	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): ()										
眼	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]								
	緑内障: [なし・あり]	白内障: [なし・あり]			視力低下: [なし・あり]						
耳鼻咽喉	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]								
その他	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]									
皮膚・粘膜	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): ()										
眼	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]								
	緑内障: [なし・あり]	白内障: [なし・あり]			視力低下: [なし・あり]						
耳鼻咽喉	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]								
その他	聴力障害: [なし・あり]		聴力(右): ()dB		聴力(左): ()dB						
その他	症状(その他): ()										

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 _____ (印)
 小児慢性特定疾病 指定医番号 (_____)