

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 (継続申請用)		1/2	
病名	3 高チロシン血症 2型							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			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													
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 ) : ( )												
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 )		検体採取部位 : ( )							
	酵素名 : ( )		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 ]												
	検査名 : [ 田中・ビナー式 ・ WPPSI ・ WISC ・ WAIS-R ・ 新版K式 ・ K-ABC ・ 遠城寺式 ・ KIDS ・ その他 ]		実施日 : ( 年 月 日 )		実施時年齢 : ( 歳 か月 )								
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 )									
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 ( )			