

告示番号	18	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	6 プロリダーゼ欠損症					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											
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]			
眼	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	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]			角膜混濁: [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											
代謝物測定	代謝物測定①: [未実施・実施]		実施日: () 年 () 月 () 日		測定物質名: ()						
	検体採取部位: ()		測定値: ()		基準値: ()						
	代謝物測定②: [未実施・実施]		実施日: () 年 () 月 () 日		測定物質名: ()						
酵素活性測定	検体採取部位: ()		測定値: ()		基準値: ()						
	代謝物測定③: [未実施・実施]		実施日: () 年 () 月 () 日		測定物質名: ()						
	検体採取部位: ()		測定値: ()		基準値: ()						
血液検査	酵素活性測定①: [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: ()						
血液検査	酵素活性測定②: [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: ()						
血液検査	異常を示した血液検査: [未実施・実施]										
病理検査	検査項目名及び測定値: ()										
画像検査	組織診: [未実施・実施]		実施日: () 年 () 月 () 日		部位: ()						
	所見: ()										
画像検査	画像検査: [未実施・実施]		実施日: () 年 () 月 () 日		検査名: ()						
	部位: ()										
発達・知能指数検査	所見: ()										
	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 () 日						
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: ()											

告示番号 18 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〉		2/2
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 所見：()	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	栄養管理：[未実施 ・ 実施] 詳細：()	
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 ()	