

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---------------------------|--------|----------------------|---|-----------------------------|-------------------|-----|---------------|--|
| 病名 | 8 ホモシスチン尿症 | | | | | 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 | 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 | | | | | | | | | | | |
| 病型 | 病型 (ホモシスチン尿症): [慢性進行型 ・ ビタミンB6反応型] | | | | | | | | | | |
| 診断 | 新生児マススクリーニングで発見: [いいえ ・ はい] マススクリーニングを受けた所: 都道府県 () 市区町村 () ・ 海外 ・ 不明 | | | | | | | | | | |
| 症状 | 内分泌・代謝 | 骨粗鬆症: [なし ・ あり] | | | | | | | | | |
| | 筋・骨格 | 骨格異常: [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] | | | | | | | | | |
| | | 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] | | | | |
| | 眼 | 緑内障: [なし ・ あり] 水晶体亜脱臼: [なし ・ あり] | | | | | | | | | |
| その他 | 症状 (その他): () | | | | | | | | | | |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載 | | | | | | | | | | | |
| 病型 | 病型 (ホモシスチン尿症): [慢性進行型 ・ ビタミンB6反応型] | | | | | | | | | | |
| 症状 | 内分泌・代謝 | 骨粗鬆症: [なし ・ あり] | | | | | | | | | |
| | 筋・骨格 | 骨格異常: [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] | | | | | | | | | |
| | | 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] | | | | |
| | 眼 | 緑内障: [なし ・ あり] 水晶体亜脱臼: [なし ・ あり] | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | |
| アミノ酸分析 | 血漿 | メチオニン: これまでの最高値: () mg/dL ・ μmol/L (nmol/mL) ホモシスチン: これまでの最高値: () mg/dL ・ μmol/L (nmol/mL) | | | | | | | | | |
| | 尿 | ホモシスチンの排泄増加: [なし ・ あり ・ 不明] | | | | | | | | | |
| 酵素活性測定 | シスタチオンβ合成酵素 (CBS) 活性: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 検体採取部位: [白血球 ・ 培養皮膚線維芽細胞 ・ その他] 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) CBS遺伝子異常: [なし ・ あり] 遺伝子異常 (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) | メチオニン: 最近1年間の最高値: ()mg/dL ・ μmol/L (nmol/mL) ホモシステイン: 最近1年間の最高値: ()mg/dL ・ μmol/L (nmol/mL) |
|-------------|--|

| | |
|-----------|--|
| 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) CBS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 | 葉酸: [なし ・ あり] L-シスチン: [なし ・ あり] ピリドキシン: [なし ・ あり] ベタイン: [なし ・ あり] ビタミンB ₁₂ : [なし ・ あり] 薬物療法 (その他): () |
|------|---|

| | |
|------|---|
| 栄養管理 | 治療用特殊ミルク: メチオニン除去粉乳 (S-26): [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) 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 () | | | |