

病名	8 ホモシスチン尿症					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	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										
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]										
発達障害(その他): ()										
眼	緑内障: [なし・あり]				水晶体垂脱臼: [なし・あり]					
その他	症状(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) ホモシスチン: 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・ビナー式・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] ペタイン: [なし・あり] ビタミンB12: [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 ()			