

告示番号 **16** 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	10 非ケトーシス型高グリシン血症					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	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 ・ 回縮]								
	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]								
眼	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): ()										
	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: ()						
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: ()							
酵素活性測定	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: ()						
	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]										
検査項目名及び測定値: ()											
病理検査	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: ()											
所見: ()											
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・ピネー式 ・ 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	16	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] 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	安息香酸ナトリウム: [なし ・ あり] デキストロメトルフアン: [なし ・ あり] ケタミン: [なし ・ あり] 薬物療法 (その他): ()						
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	()		