

病名	<b>13 オルニチントランスカルバミラーゼ欠損症</b>					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	治療 ・ 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 (オルニチントランスカルバミラーゼ欠損症): [ 発症前型 ・ 新生児期発症型 ・ 遅発型 ]									
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・骨格	筋緊張亢進: [ なし ・ あり ]			性質: [ 痙縮 ・ 固縮 ]					
		消化器								
	精神・神経	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 ]				
精神・神経	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	眼球運動障害: 水平性: [ なし ・ あり ]			垂直性: [ なし ・ あり ]						
	耳鼻咽喉									
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): ( )										

**臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

病型	病型 (オルニチントランスカルバミラーゼ欠損症): [ 発症前型 ・ 新生児期発症型 ・ 遅発型 ]									
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・骨格	筋緊張亢進: [ なし ・ あり ]			性質: [ 痙縮 ・ 固縮 ]					
		消化器								
	精神・神経	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 ]				
精神・神経	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	眼球運動障害: 水平性: [ なし ・ あり ]			垂直性: [ なし ・ あり ]						
	耳鼻咽喉									
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 (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	
有機酸分析 (尿)	オロト酸の排泄増加: [ なし ・ あり ・ 不明 ]
アミノ酸分析 (血漿)	シトルリン: これまでの最高値: ( ) mg/dL ・ μmol/L (nmol/mL)
酵素活性測定	酵素活性測定: [ 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	アンモニア (NH <sub>3</sub> ): これまでの最高値: ( ) μg/dL ・ μmol/L ・ 未実施 血糖値 (空腹時): ( ) mg/dL 血糖値 (随時): ( ) mg/dL
血液ガス分析	anion gap: ( ) mEq/L
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) OTC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): ( )

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
アミノ酸分析 (血漿)	シトルリン: 最近1年間の最高値: ( ) mg/dL ・ μmol/L (nmol/mL)
酵素活性測定	酵素活性測定: [ 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	アンモニア (NH <sub>3</sub> ): 最近1年間の最高値: ( ) μg/dL ・ μmol/L ・ 未実施 血糖値 (空腹時): ( ) mg/dL 血糖値 (随時): ( ) mg/dL
血液ガス分析	anion gap: ( ) mEq/L
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: ( )
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) OTC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: ( )
家族歴	同胞の突然死: [ なし ・ あり ]

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 ] L-アルギニン: [ なし ・ あり ] フェニル酢酸ナトリウム: [ なし ・ あり ] 薬物療法 (その他): ( )
栄養管理	自然タンパク制限: [ 未実施 ・ 実施 ] 栄養管理 (その他): ( )
血液浄化	血液浄化法: [ 未実施 ・ 実施 ] 種類: [ 持続的血液透析 (CHD) ・ 持続的血液濾過透析 (CHDF) ・ その他 ] 回数: ( ) 回/年
移植	肝移植: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )
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 ( )