

病名	16 高アルギニン血症			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
出生体重	g	出生週数
現在の身長・体重	身長 (測定日) 年 月 日	体重 (測定日) 年 月 日
発病時期	年 月 頃	初診日
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
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 (高アルギニン血症): [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]
		筋萎縮: [なし・あり]	筋力低下: [なし・あり]	筋緊張低下: [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]
		痙攣: [なし・あり]		小脳性運動失調: [なし・あり・不明]
	発達障害: [なし・あり・不明]			
	注意欠如多動症: [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): ()			

臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載

病型	病型 (高アルギニン血症): [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]
		筋萎縮: [なし・あり]	筋力低下: [なし・あり]	筋緊張低下: [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]
		痙攣: [なし・あり]		小脳性運動失調: [なし・あり・不明]
	発達障害: [なし・あり・不明]			
	注意欠如多動症: [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): ()			

告示番号 **6** 先天性代謝異常 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

症状	精神・神経	発達障害: [なし ・ あり ・ 不明] 注意欠如多動症: [なし ・ あり ・ 不明] 発達障害 (その他): ()	自閉スペクトラム症: [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] 視野障害: [なし ・ あり]	白内障: [なし ・ あり] 視神経萎縮: [なし ・ あり] 視力低下: [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 (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

酵素活性測定	酵素活性測定: [未実施 ・ 実施] 酵素名: () 測定値: ()	実施日: (年 月 日) 検体採取部位: () 基準値: ()
血液検査	アンモニア (NH ₃): 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] 所見: ()	実施日: (年 月 日)
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

血液検査	アンモニア (NH ₃): 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] 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] 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: ()
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] 薬物療法 (その他): ()	フェニル酢酸ナトリウム: [なし ・ あり]
栄養管理	治療用特殊ミルク: アルギニン血症用フォーミュラ (8103): [未実施 ・ 実施] 栄養管理 (その他): ()	自然タンパク制限: [未実施 ・ 実施]
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 (_____)