

病名	16 高アルギニン血症					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	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(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]		悪心・嘔吐: [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)・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									
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] 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)						
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]	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	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]	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: ()
---------	--------------

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 ()			