

病名	19 ハートナップ (Hartnup) 病					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 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・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 ]			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 ]				
眼	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										
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: ( )
	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: ( )
	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: ( )
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: ( )
	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: ( )
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・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 ] 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	ニコチン酸アミド：[ なし ・ あり ] トリプトファンエチルエステル：[ なし ・ あり ] 薬物療法 (その他)：( )		
栄養管理	高蛋白食摂取：[ 未実施 ・ 実施 ] 中心静脈栄養：[ なし ・ あり ] 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 ( )		