

病名	24 プロピオン酸血症					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 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(プロピオン酸血症): [発症前型・急性発症型・慢性進行型・最軽症型]									
症状	全身	食欲不振: [なし・あり]				骨髄抑制: [なし・あり]				
	呼吸器・循環器	呼吸障害: [なし・あり]				心筋障害: [なし・あり]				
	内分泌・代謝	低血糖: [なし・あり]				代謝性アシドーシス: [なし・あり]				
	消化器	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)・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] 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]				
		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): ()									
	脳神経障害: [なし・あり] 詳細: ()									
眼	視神経萎縮: [なし・あり]									
その他	症状(その他): ()									
検査所見(申請時) ※直近の状況を記載										
アミルカルニチン分析(血中)	プロピオニルカルニチン(C3)の増加: [なし・あり・不明]									
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 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) PCCA遺伝子異常: [なし・あり・不明] PCCB遺伝子異常: [なし・あり・不明] 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: ()									
経過(申請時) ※直近の状況を記載										
薬物療法	L-カルニチン: [なし・あり] メトロニダゾール: [なし・あり] ラクトコース: [なし・あり] ビタミンB ₁₂ 製剤: [なし・あり] 薬物療法(その他): ()									

栄養管理	治療用特殊ミルク：蛋白除去粉乳 (S-23)：[未実施 ・ 実施] イソロイシン・バリン・メチオニン・スレオニン・グリシン除去粉乳 (S-22)：[未実施 ・ 実施]
	摂取自然タンパク量 [g/kg/日]：() 経管栄養 (腸瘻・胃瘻含む)：[なし ・ あり] 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 ()