

告示番号 106		先天性代謝異常 ( ) 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)		1/2				
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	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	%		
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										
アシルカルニチン分析(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 <sub>3</sub> ):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( )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									
	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]		ラクツロース:[なし・あり]					
	ビタミンB <sub>12</sub> 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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )