

病名	27 3-メチルクロトニルCoAカルボキシラーゼ欠損症					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											
症状	全身	低身長(-2.0SD以下): [ なし・あり ] 易感染性: [ なし・あり ]									
	呼吸器・循環器	咳嗽・喘鳴: [ なし・あり ]			心臓弁膜症: [ なし・あり ]			気管狭窄: [ 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 ]			痙攣: [ なし・あり ]			
		小脳性運動失調: [ なし・あり・不明 ]			カタレプシー: [ なし・あり ]						
眼	不随意運動: ミオクローヌス: [ なし・あり・不明 ]			ジストニア: [ 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 ]							
眼	緑内障: [ なし・あり ]			白内障: [ なし・あり ]			視力低下: [ なし・あり ]				
	視神経萎縮: [ なし・あり ]										
耳鼻咽喉	眼球運動障害: 水平性: [ なし・あり ]			垂直性: [ なし・あり ]							
	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											
アシカルニチン分析(血中)	3 ヒドロキシイソバレリルカルニチン (C5-OH) の増加: [ なし・あり・不明 ]										
血液検査	アンモニア (NH <sub>3</sub> ): 最近1年間の最高値: ( ) 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・ビネー式・WPPSI・WISC・WAIS-R・新版K式・K-ABC・遠城寺式・KIDS・その他 ]										
遺伝学的検査	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 )										
	MCCC1 (MCCA) 遺伝子異常: [ なし・あり・不明 ]			MCCC2 (MCCB) 遺伝子異常: [ なし・あり・不明 ]							
検査所見(その他)	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 ] 薬物療法 (その他): ( )
栄養管理	治療用特殊ミルク:ロイシン除去フォーミュラ (8003): [ 未実施 ・ 実施 ] 蛋白除去粉乳 (S-23): [ 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 ] 回数: ( )回/年 種類: [ 持続的血液透析 (CHD) ・ 持続的血液濾過透析 (CHDF) ・ 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  
医療機関住所

記載年月日 年 月 日

診療科  
医師名 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )