

告示番号 102		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	29 3-ヒドロキシ-3-メチルグルタル酸血症					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(3-ヒドロキシ-3-メチルグルタル酸血症): [発症前型・急性発症型]							
症状	全身	食欲不振: [なし・あり]						
	呼吸器・循環器	多呼吸: [なし・あり]		不整脈: [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	肝腫大: [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)・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): ()								
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)	3-ヒドロキシイソバレルリカルニチン(C5-OH)の増加: [なし・あり・不明]							
血液検査	アンモニア(NH ₃): 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							
生理機能検査	脳波検査: [未実施・実施]		実施日: () 年 月 日)					
画像検査	MRI検査(頭部): [未実施・実施]		実施日: () 年 月 日)			大脳深部白質病変: [なし・あり]		
	所見(その他): ()							
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)			HMGCL遺伝子異常: [なし・あり]		
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):()
呼吸管理	人工呼吸管理:[なし ・ あり]
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 空腹回避:[未実施 ・ 実施] 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
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 ()