

病名	<b>29 3-ヒドロキシ-3-メチルグルタル酸血症</b>					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											
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 ]									
その他	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 <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										
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 )					
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 )					
	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 ]					実施時年齢 : ( 歳 か月 )					
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 )					
遺伝子異常 (その他) : ( )		HMGCL遺伝子異常 : [ なし ・ あり ]									
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 (印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )