

告示番号		101		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	30 3-ヒドロキシ-3-メチルグルタリルCoA合成酵素欠損症										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			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]															
	内分泌・代謝	低血糖: [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]				意識障害: [なし ・ あり]			
		痙攣: [なし ・ あり]				小脳性運動失調: [なし ・ あり ・ 不明]				不随意運動: [なし ・ あり ・ 不明]							
	眼	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): ()																	
耳	緑内障: [なし ・ あり]				白内障: [なし ・ あり]				視力低下: [なし ・ あり]								
	視野障害: [なし ・ あり]				視神経萎縮: [なし ・ あり]				角膜混濁: [なし ・ あり]								
眼球運動障害: 水平性: [なし ・ あり]		垂直性: [なし ・ あり]															
耳鼻咽喉	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																	
代謝物測定	代謝物測定①: [未実施 ・ 実施]				実施日: () 年 月 日				測定物質名: ()								
	検体採取部位: ()				測定値: ()				基準値: ()								
	代謝物測定②: [未実施 ・ 実施]				実施日: () 年 月 日				測定物質名: ()								
検体採取部位: ()				測定値: ()				基準値: ()									
代謝物測定③: [未実施 ・ 実施]				実施日: () 年 月 日				測定物質名: ()									
検体採取部位: ()				測定値: ()				基準値: ()									
酵素活性測定	酵素活性測定①: [未実施 ・ 実施]				実施日: () 年 月 日				酵素名: ()								
	検体採取部位: ()				測定値: ()				基準値: ()								
酵素活性測定②: [未実施 ・ 実施]				実施日: () 年 月 日				酵素名: ()									
検体採取部位: ()				測定値: ()				基準値: ()									
血液検査	異常を示した血液検査: [未実施 ・ 実施]																
検査項目名及び測定値: ()																	
病理検査	組織診: [未実施 ・ 実施]				実施日: () 年 月 日				部位: ()								
所見: ()																	
画像検査	画像検査: [未実施 ・ 実施]				実施日: () 年 月 日				検査名: ()								
部位: ()																	
所見: ()																	
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] 所見：()	実施日：(年 月 日)
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	レカルニチン：[なし ・ あり] 薬物療法 (その他)：()	
栄養管理	栄養管理：[未実施 ・ 実施] 詳細：()	
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 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 ()