

告示番号 **100** 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	31 スクシニル-CoA：3-ケト酸CoAトランスフェラーゼ (SCOT) 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 ]			
	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): ( )									
眼	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: ( )				
酵素活性測定	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: ( )				
血液検査	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: ( )				
血液検査	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: ( )				
病理検査	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・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): ( )						
発達・知能指数検査	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	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	摂取自然タンパク量：( )g/kg/日 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 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 ( )