

告示番号 <b>97</b>		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	<b>33 グルタル酸血症1型</b>			受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )			
保険情報	保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( ) 資格取得年月日 年 月 日							
氏名	(セイメイ) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓名)				
住所	郵便番号 ( - ) 都道府県 ( ) 市区町村 ( ) 丁目番地等 ( )							
生年月日	年 月 日			性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地	都道府県 ( ) 市区町村 ( )							
出生体重	g	出生週数	在胎 週 日					
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳 か月 日				
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	肥満度	%	
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								
最終受診日	( 年 月 日 )							
病型	病型 (グルタル酸血症1型) : [ 発症前型 ・ 急性発症型 ・ 慢性進行型 ]							
身体所見	頭囲拡大 : [ なし ・ あり ]							
症状	全身	食欲不振 : [ 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	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 ]						
その他	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 ]							
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)	グルタリルカルニチン (C5-DC) の増加 : [ なし ・ あり ・ 不明 ] 遊離カルニチン (C0) の低下 : [ 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 ) 所見 : ( )							
画像検査	MRI検査 (頭部) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 前頭葉、側頭葉、線状体の萎縮 : [ なし ・ あり ] Sylvius裂や側脳室の拡大 : [ 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・ビナー式 ・ 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 ) GCDH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) : ( )							

告示番号 <b>97</b> 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〉 <b>2/2</b>	
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 ]      リボフラビン: [ なし ・ あり ]      アルギニン: [ なし ・ あり ] GABA アナログ: [ なし ・ あり ] 薬物療法 (その他): ( )
栄養管理	治療用特殊ミルク: 蛋白除去粉乳 (S-23): [ 未実施 ・ 実施 ]      リジン・トリプトファン除去粉乳 (S-30): [ 未実施 ・ 実施 ]
	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 ]      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
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 ( )
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
医療機関所在地	診断年月日      年      月      日
電話番号	診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年      月      日
公費負担者番号	
認定結果	[ 認定 ・ 不認定 ]
研究同意の有無	[ 有 ・ 無 ]
受給者番号	受給者番号 ( ) 有効期限      年      月      日
階層区分	[ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ]
保険情報	保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( ) 資格取得年月日      年      月      日