

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 → (      )			
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	
<b>臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>										
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 ]		
		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): (      )										
脳神経障害: [ なし ・ あり ]										
詳細: (      )										
その他	症状 (その他): (      )									
<b>検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>										
アシカルニチン分析 (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・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 ]      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): (      )									

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

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 (      )		