

病名	35 原発性高シュウ酸尿症					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 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): ()									
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										
有機酸分析(尿)	シュウ酸の排泄増加: [なし・あり・不明]				グリコール酸の排泄増加: [なし・あり・不明]					
グリセリン酸の排泄増加: [なし・あり・不明]										
血液検査	BUN: ()mg/dL		血清クレアチニン: ()mg/dL		血清尿酸: ()mg/dL		血清総蛋白: ()g/dL			
	血清アルブミン: ()g/dL		血清シスタチンC: ()mg/L		未実施		シュウ酸: ()μmol/L			
尿検査	血尿: [なし・肉眼的血尿・顕微鏡的血尿] 赤血球数: ()個/視野									
	蛋白尿: [なし・あり]			尿中蛋白量: ()mg/dL			尿蛋白量/尿中クレアチニン比: ()			
	尿中カルシウム/尿中クレアチニン比: ()				未実施					
画像検査	超音波検査(腎・尿路): [未実施・実施] 実施日: ()年()月()日									
	所見: ()									
	腎尿管膀胱単純撮影(KUB): [未実施・実施] 実施日: ()年()月()日									
画像検査	所見: ()									
	腎尿路画像検査(超音波以外): [未実施・実施] 実施日: ()年()月()日									
画像検査	所見: ()									
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施・実施] 実施日: ()年()月()日									
	AGT遺伝子異常: [なし・あり]			GRHRP遺伝子異常: [なし・あり]			HOGA1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	サイアザイド系利尿薬：[なし ・ あり] 使用薬剤名：()
	マグネシウム製剤：[なし ・ あり] ビタミンB ₆ ：[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] 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
------	--

移植	肝移植：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)
	腎移植：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 先行的腎移植：[なし ・ あり] 生体腎移植：[なし ・ あり]

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	()		