

病名	36 アルカプトン尿症			受付種別	<input type="checkbox"/> 新規
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	治療 ・ 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

臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

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]
	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): ()	

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]
	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): ()	

告示番号 95 先天性代謝異常 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) 2/2

症状	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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

有機酸分析 (尿)	ホモゲンチジン酸の排泄増加：[なし ・ あり ・ 不明]			
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：()			
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：()年()月()日	HGD 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)：()			

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

有機酸分析 (尿)	ホモゲンチジン酸の排泄増加：[なし ・ あり ・ 不明]			
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：()			
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：()年()月()日	HGD 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	ニチシノン (NTBC：2-(2-nitro-4-trifluoromethyl-benzoyl)-1,3-cyclohexanedione)：[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：()			
リハビリテーション	理学療法：[未実施 ・ 実施]			
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			
手術	人工関節置換術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日：()年()月()日		
	手術(その他)：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]	実施日：()年()月()日 術式：()		
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 ()			